Rok XL. Kraków, 20 Lipca 1901. Nr. 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej wojskowo-medycznej Akademii Prof. Pasternackiego (Petersburg).

Samozatrucie ustroju kwasami, jako czynnik etyologiczny w patologii chorób wewnętrznych, ze szczególnem uwzględnieniem mocznicy.

(Badania doświadczalno-kliniczne)

Podał

Dr. med. Witold Eugeniusz Orłowski,

Ordynator kliniki.

Patogeneza mocznicy pomimo wielu badań dotychczasowych pozostaje ciągle jeszcze zagadkową. Wobec tego wszelkie usiłowania, dążące do jej wyświetlenia, są nader pożądane, i to nietylko, gdy się uwieńczyć mają dodatnim wynikiem, lecz nawet i wtedy, gdy wzbogacą naszą wiedzę dowodami, wykazującymi mylność obecnie panujących poglądów.

Już w roku przeszłym w jednej z moich prac (W. Orłowski 1) wskazywałem po rozejrzeniu się w piśmiennictwie, że pogląd na mocznicę, jako na samozatrucie ustroju kwasami, jest bardzo wątpliwy; ostatecznie jednak nie mogłem go odrzucić wobec niektórych faktów, które przemawiały na jego korzyść. Jak wiadomo, pogląd ten został sformułowany przez v. Jakscha (2) na podstawie stwierdzonego przezeń w mocznicy znacznego obniżenia się zasadowości krwi. Wkrótce ten sam fakt stwierdzili również Peiper (3), Limbeck (4) i inni. Do zwolenników zapatrywań v. Jakscha przystąpili: Hahn, Massen, prof. Nencki i prof Pawłow (5), opierając się na tożsamości obrazu mocznicy z zatruciem ustroju kwasem karbaminowym. Klasyczne badania Löwyego (6), który wykazał niedokładność i nieścisłość metodyki v. Jakscha, zadały jednak poważny cios tej teoryi. Wkrótce jednak stwierdzono również i metodą Löwyego [Biernacki (7), Brandenburg (8)], znaczne obniżenie zasadowości krwi w mocznicy: należało więc znowu rachować się z poglądem v. Jakscha; uznając jednak razem z nim obniżenie zasadowości krwi w mocznicy, byłoby, mojem zdaniem, rzeczą bezpodstawnego pośpiechu wyprowadzać ztąd wniosek, że to obniżenie jest właśnie przyczyną mocznicy. Obniżenie zasadowości krwi może bowiem zależeć od kilku czynników, mianowicie: 1) od rozcieńczenia krwi; 2) od zubożenia jej w czerwone ciałka, które zawierają znaczną część zasad krwi, jak to wykazały badania Löwyego i moje (W. Orłowski 9); 3) od nagromadzenia we krwi przetworów kwaśnych, wstępujących w związki chemiczne z zasadami krwi; i wreszcie 4) od kombinacyi wszystkich tych czynników; który z nich odgrywa rolę, lub przeważa w mocznicy, dotychczas niewiadomo. Wyświetlenie tego zagadnienia miałem przedewszystkiem na celu, przystępując do swoich badań.

II.

Najpierw wywołując u psów mocznicę przez podwiązanie moczowodów, przekonałem się, że zasadowość krwi w mocznicy rzeczywiście znacznie się obniża. Obniżenie dochodzi do 40—50%. Doświadczenia te uważałem za niezbędne, ponieważ istniejące dotychczas badania zasadowości krwi u chorych na mocznicę zapomocą ścisłej metody Löwyego są nader nieliczne. Podobne obniżenie stwierdziłem zatem i u mocznicowych chorych.

Dla wyjaśnienia przyczyny znacznego obniżenia alkaliczności krwi w mocznicy postępowałem w ten sposób: najpierw oznaczałem zwykłym sposobem u psa liczbę czerwonych ciałek krwi w 1 mlm^3 (za każdym razem obliczałem 16 kwadratów przyrządu Thoma-Zeissa, tj., około 2500 ciałek, więc niezależna od rachunku pomyłka wynosiła tylko 1,2%. Abbe 10); potem oznaczałem zapomocą sposobu Löwyego zasadowość krwi, wziętej wprost z tętnicy udowej; w morfinowem uśpieniu podwiązywałem obydwa moczowody. Podwiązanie moczowodów wykonywałem zaotrzewnowo w następujący sposób: cięcie prowadziłem przez skórę i tkankę tłuszczową nad samymi wyrostkami poprzecznymi kręgów lędźwiowych, następnie oddzielałem mięśnie brzucha i otrzewnę od mięśni przedkręgowych; tym sposobem dochodziłem do moczowodu i podwiązywałem go u samej nerki zapomocą trzech podwiązek. Potem zakładałem szwy. Cały rękoczyn wykonywałem, zachowując ściśle zasady antyseptyki, bez utraty krwi. Następnie baczną miałem uwagę na stan ogólny operowanych zwierząt, a także na zmiany zasadowości krwi i liczbę jej czerwonych ciałek.

Przytoczę kilka doświadczeń:

Doświadczenie I. D. $^{25}/_1$. Ciałek czerwonych krwi w 1 mlm.^{3} 6.240.000. Zasadowość krwi 220 4 mlgr. NaOH na 100 sz. ctm. krwi.

Do żyły udowej wstrzyknąłem 0,1 chlorku morfiny w 10% wodnym rozczynie Prawie natychmiast nastąpiło uśpienie zupełne. Podwiązałem obydwa moczowody. Rękoczyn ukończono o godz. 6 wieczór.

$^{27}/_1$. Mocznica wyraźna. O godz. 10 zrana (w 40 godzin po podwiązaniu moczowodów) liczba czerwonych ciałek krwi w 1 mlm.^{3} 5.990.400, więc o 249.600 = 4% mniej, niż w początku. Zasadowość krwi 196,2 mlgr., więc o 24,2 mlgr. = 11% niżej, niż przedtem. D. $^{27}/_1$ o g. 10 wiecz., więc 52 godz. po operacyi, liczba czerwonych ciałek w 1 mlm.^{3} 5.335.200, więc o 904 800 = 14,5% mniej; zasadowość krwi 132,6 mlgr., więc o 87,8 mlgr = 39,8% niżej. Śpiączka, dychawica mocznicowa, tętno nieprawidłowe, słabe. D. $^{28}/_1$ o g. 8 zrana zejście śmiertelne. Sekcya wykazała moczowody w części górnej i miedniczki nerkowe rozszerzone; nerki znacznie powiększone i przekrwione; w miedniczkach i na powierzchni nerek drobne wybroczyny. Takież same zmiany anatomo-patologiczne stwierdziłem w innych doświadczeniach.

Doświadczenie II. D. $^1/_3$. Ciałek czerwonych krwi w 1 mlm.^{3} 9.212.400; zasadowość krwi 266 mlgr. NaOH(%). Podwiązanie obydwóch moczowodów w uśpieniu morfinowem (0,1 grm. chlorku morfiny w 10% rozczynie wstrzyknięto do żyły udowej). Rękoczyn ukończono o g. 2 popołudniu.

$^3/_3$. Mocznica wybitna (stan przygnębiony, oddech utrudniony i t. d.). O godz. 2 (48 godzin po podwiązaniu moczowodów) zasadowość krwi 225 mlgr., więc o 41 mlgr. = 15,4% niższa, niż pierwotna; ciałek czerwonych krwi w 1 mlm^3 8.725.000, więc o 487.000 = 5,3% mniej, niż w początku. $^4/_3$. Śpiączka. O godzinie 2 (na 3 godz. przed śmiercią) zasadowość krwi 133 mlgr. więc o 50% niżej; ciałek czerwonych krwi w 1 mlm.^{3} 7.500.000, więc o 18,6% mniej. O godz. 5 popołudniu zejście śmiertelne.

Doświadczenie III. D $^{11}/_3$. Ciałek czerwonych krwi w 1 mlm.^{3} 7.425.000; zasadowość krwi 228 mlgr. NaOH na 100 sz. ctm. krwi. Podwiązanie obydwóch moczowodów w uśpieniu morfinowem (0,1 grm. chlorku morfiny w 10% rozczynie wstrzyknięto do ż. udowej). Po ukończeniu podwiązania moczowodów bezzwłocznie oznaczono powtórnie zasadowość krwi; okazała tę samą wysokość (228 mlgr.). Morfina więc nie wpływała na zasadowość krwi. Rękoczyn ukończono o godz. 1$^1/_2$ popołudniu.

D. $^{16}/_3$. Mocznica. O g. 1$^1/_2$ (48 godzin po podwiązaniu moczowodów) zasadowość krwi 200,6 mlgr., więc o 27,4 mlgr. = 12% niżej, niż pierwotna; czerwonych ciałek krwi w 1 mlm.^{3} 7.187.400, więc o 237.600 = 3,2% mniej. $^{17}/_3$. O godz. 1$^1/_2$ (na 2 godz. przed śmiercią) zasadowość krwi 119 mlgr., więc o 109 mlgr. = 47,8% niżej od pierwotnej; ciałek czerwonych krwi w 1 mlm.^{3} 5.940.000, więc o 1.485.000 = 20% mniej.

Doświadczenie IV (kontrolujące). D. $^8/_4$. Ciałek czerwonych krwi w 1 mlm.^{3} 5.120.000; zasadowość krwi 200 mlgr. NaOH(%). W uśpieniu morfinowem (0,2 grm. chlorku morfiny w 10% rozczynie wstrzyknięto do ż. udowej) dotarłem do moczowodów takim samym sposobem, jak i w doświadczeniach poprzednich, odosobniłem je, lecz pozostawiłem bez podwiązania. Rękoczyn ukończyłem o godz. 4 popołudniu.

D. $^{10}/_4$. O godz. 4 (48 godz. po ukończeniu rękoczynu) ciałek czerwonych krwi w 1 mlm.^{3} 5.075.200; zasadowość krwi bez zmiany (200 mlgr. NaOH). D. $^{11}/_4$. O godz. 4 (72 godz. po ukończenu rękoczynu) ciałek czerwonych krwi w 1 mlm.^{3} 5.097.000; zasadowość krwi 200 mlgr. NaOH. Pies ma się cały czas dobrze.

Z tego doświadczenia widzimy, że rękoczyn sam przez się nie wpływa na zasadowość krwi.

Doświadczenia te dowodzą znacznego obniżenia zasadowości krwi w mocznicy i przekonują, że przyczyna tego obniżenia tkwi w nagromadzeniu się we krwi substancyj kwaśnych, one bowiem znacznie przewyższają zmniejszenie ilości ciałek czerwonych krwi, wywołane bądź rozcieńczeniem krwi, na które w mocznicy wskazują nieliczne wprawdzie badania Brunera (11), bądź rozpadem samych ciałek. W początku jednak, nawet wtedy, gdy mocznica jest już wybitną, obniżenie zasadowości krwi jest bardzo nieznaczne; tylko w dalszym biegu mocznicy wzmaga się ono i dochodzi do 40—50%. Wobec tego **przeładowanie krwi substancyami kwaśnemi należy uważać nie za przyczynę mocznicy, lecz za zjawisko następowe**, wywołane znacznemi zaburzeniami, zachodzącemi w przemianie materyi.

III.

Oprócz doświadczeń na psach, przeprowadziłem badania moje i na trzech chorych mocznicowych. Dwóch z pomiędzy nich wstąpiło na oddział kliniczny z objawami przewlekłego zapalenia nerek i następowo ulegli mocznicy już w klinice, trzeci zaś był przyjęty z objawami zdeklarowanej mocznicy. Badanie krwi wszystkich tych chorych przeprowadziłem natychmiast po ich wstąpieniu na oddział i oprócz tego podczas trwania mocznicy u pierwszych dwóch i po wyjściu ze stanu mocznicowego u trzeciego. Dzięki temu miałem możność wytworzyć sobie pojęcie, o ile podczas trwania mocznicy zasadowość krwi w każdym z tych przypadków była obniżona.

Zawartość hemoglobiny we krwi oznaczałem zapomocą przyrządu Gowersa; czerwone i białe ciałka krwi liczyłem zwykłą metodą; zasadowość krwi oznaczałem zapomocą alkalimetru Engla; otrzymaną wysokość alkaliczności zmniejszałem o 107 mlgr., ponieważ alkalimetr wykazuje liczbę wyższą, niż istotna, o tę właśnie gromadę, jak to wykazałem już na innem miejscu (W. Orłowski 9).

Spostrzeżenie I. P-w. Rozpoznanie: *Cystitis purulenta chron. Nephritis chron. Arteriosclerosis.*

D. $^3/_3$*) Badanie krwi: Hemoglobiny 65%, ciałek czerwonych krwi w 1 mlm.^{3} 3.282.500, białych 6.540. Zasadowość krwi 200 mlgr. NaOH(%). $^{11}/_3$. Mocznica: stan na pół przytomny, dychawica mocznicowa, znaczne obniżenie ilości moczu. D $^{13}/_3$. Mocznica trwa wciąż. Hemoglobiny we krwi 60%. Ciałek czerwonych krwi 3.078.000. Zasadowość krwi 107 mlgr. NaOH(%). W 2 godziny po badaniu krwi zejście śmiertelne. Sekcya (wykonana przez prosektora Dr. Korowina) wykazała: *Cystitis, ureteritis et pyelonephritis purulenta. Arteriosclerosis.* Przyczyna śmierci: *Uraemia.*

Widzimy więc, że zasadowość krwi pod koniec mocznicy obniżyła się o 93 mlgr. = 46,5%, a ilość czerwonych ciałek krwi o 207.000 = 6.32%.

Spostrzeżenie II. K-cz. Rozpoznanie: *Uraemia.* (Stan silnie przygnębiony; rozwolnienia, mocz prawie zupełnie się nie wydziela).

D. $^4/_2$. Hemoglobiny we krwi 60%. Ciałek czerwonych krwi 3.875.000 w 1 mlm.^{3}; białych 5940. Zasadowość krwi 160 mlgr. NaOH(%). Pod wpływem zabiegów leczniczych (naparstnica, gorące kąpiele etc.) d. $^6/_2$ zrana chory odzyskał przytomność i stan jego zaczął się poprawiać. D. $^{27}/_2$. Hemoglobiny 65%. Ciałek czerwonych krwi 4.213.000, białych 5.948; zasadowość krwi 227 mlgr. Więc zasadowość krwi podniosła się o 67 mlgr. = 42%, a ilość czerwonych ciałek tylko o 338.000 = 8,72%.

Spostrzeżenia III. Cz-n. Rozpoznanie: *Nephritis interstitialis chronica.*

D. $^{28}/_2$—$^1/_3$*). Hemoglobiny 64,5%. Ciałek czerwonych krwi 3.647.550 w 1 mlm.^{3}; białych 5340; zasadowość krwi 213 mlgr. NaOH(%). D. $^{16}/_3$. Mocznica (ilość moczu 3 do 4 litrów na dobę spadła do 150—200 sz ctm.; rozwolnienie, duszność). D. $^{17}/_3$. Stan nawpół przytomny. Prawie bezmocz. Hemoglobiny we krwi 63%. Ciałek czerwonych krwi w 1 mlm.^{3} 3.499.200; białych 5600; zasadowość krwi 187 mlgr. NaOH(%). Więc zasadowość krwi obniżyła się o 26 mlgr. = 12,2%, a ilość krwinek o 148.350 = 4,07%. Zastrzyknięto pod skórę o godz. 10 rano 0,015 grm. chlorku pilokarpiny. Obfity pot i ślinotok. Po poceniu się o godz. 12 zasadowość krwi 200 mlm., a ilość krwinek w 1 mlm.^{3} 4.374.000. Więc w porównaniu z krwią mocznicową przed zastrzykiwaniem pilokarpiny ilość ciałek czerwonych podniosła się o 874.800 = 25%, a zasadowość krwi o 13 mlgr. = 6.95%; w porównaniu zaś z pierwotną krwią ($^{28}/_2$—$^1/_3$) ilość krwinek podniosła się o 726.450 = 19,9%, zasadowość zaś jest niższą o 13 mlgr. = 6.1%.

D. $^{18}/_3$. Stan chorego, który powrócił do przytomności pod wpływem pilokarpiny, znów pogorszył się; chory nieprzytomny; wystąpiła dychawica mocznicowa, prawie absolutny bezmocz i rozwolnienie; zwężenie źrenic. Hemoglobiny we krwi 62%. Czerwonych ciałek krwi w 1 mlm.^{3} 3.570.000, białych 5.420; zasadowość krwi 120 mlgr. W porównaniu więc ze stanem mocznicowym liczba krwinek obniżyła się o 77.550 = 2,13%, a zasadowość krwi o 93 mlgr. = 43,66%. Pod skórę wstrzyknięto (o godz. 10) 0,015 grm. chlorku pilokarpiny. Obfity pot i ślinotok. Ogólny stan chorego lepszy. Po poceniu się o godz. 12 zrana zasadowość krwi 133 mlgr., ilość ciałek czerwonych 4.284.000. W porównaniu więc ze stanem krwi przed zastrzykiwaniem pilokarpiny tegoż dnia ($^{18}/_3$) zasadowość podniosła się o 13 mlgr. = 10,8% a ilość krwinek o 714.000 = 20%; w porównaniu zaś z pierwotną krwią

* Przeciętne liczby otrzymane przy 2 badaniach.

liczba krwinek podniosła się o 636.450 = 17,4%, a zasadowość zmniejszyła się o 80 mlgr. = 37.56%.

D, 18/12 o godz. 5 popołudniu zejście śmiertelne. Sekcya wykazała: *Degeneratio amyloidea renis utr. lienis, hepatis (in hepat. incipiens).* Przyczyna śmierci: *Uraemia.*

Badania te wskazują, że jak u zwierząt w mocznicy sztucznej, tak również u chorych mocznicowych zasadowość krwi znacznie obniża się, zależnie d nagromadzenia się we krwi kwaśnych przetworów; rozcieńczenie zaś krwi i zmniejszenie liczby krwinek przyjmuje w tem bardzo mały udział. Lecz i tu także przeładowanie krwi kwasami dosięga znacznego stopnia tylko w dalszym przebiegu mocznicy; z początku zaś pomimo już wybitnego obrazu mocznicy obniżenie zasadowości krwi jest niewielkie. Wobec tego nie można przypisywać mu powstania mocznicy. Widzieliśmy następnie, że pilokarpina, polepszając ogólny stan jednego z chorych, zostawiała prawie zupełnie bez zmiany zasadowość jego krwi, co nie miałoby miejsca, jeśliby mocznica rzeczywiście przedstawiała zatrucie ustroju kwasami.

Wobec więc wszystkich tych danych nie należy dopatrywać w obniżeniu zasadowości krwi zjawiska podstawowego, lecz tylko współistniejące, wywołane zaburzeniem w przemianie materyi. (Dokończ. nastąpi).

II. Z kliniki i pracowni dermatologicznej Profesora Reissa w Krakowie.

Przyczynek do histologii samoistnego rozlanego zaniku skóry *(atrophia cutis idiopathica diffusa).*

Skreślił

Dr. Franciszek Krzyształowicz.

(Ciąg dalszy).

Naskórek jest we wszystkich swych warstwach zmieniony, co stwierdzają także wszyscy autorowie, prócz Heussa, który wspomina tylko w okresie późniejszym o małym stopniu ścieńczenia warstw naskórka. Opisy jednak autorów, zgodne w zasadzie, różnią się dość znacznie w szczegółach, coby dowodziło wspomnianego powyżej przypuszczenia, że różni autorowie w różnych okresach sprawę chorobową badali pod mikroskopem. Z pierwszych autorów, którzy chorobę tę, dotąd tak mało znaną w swej istocie, opisywali, tylko Pospelow wskazuje, że warstwa zrogowaciała jest miejscami zgrubiała, tu i owdzie zaś cieńczeje, a reszta naskórka zanika, — u Buchwalda, Tontona i Jadassohna opisu tych warstw nie znajdujemy. Neumann opisuje warstwę komórek zrogowaciałych, jako jednolite pasmo bez jąder, podniesione od reszty komórek naskórka, warstwę ziarnistą, zredukowaną do jednego szeregu komórek, a warstwę kolczastą o grubości prawidłowej, o kolcach wyraźniej występujących. W przypadku Colombiniego warstwa zrogowaciała była znacznie zcieńczałą, o komórkach cienkich, blaszkowatych; warstwa ziarnista tworzyła tylko jeden szereg komórek, a szeregi komórek kolczastych były zanikłe, wreszcie warstwa podstawowa nie składała się z komórek walcowatych, lecz znacznie mniejszych, napełnionych barwikiem. Bechert mówi tylko o zaniku naskórka w ogólności, a Huber odróżnia w naskórku trzy warstwy: zrogowaciałą o komórkach płaskich, w całości zwężoną, ziarnistą w postaci jednego szeregu komórek i ścieńczałą do 4—5 szeregów warstwę komórek kolczastych. Komórki te są w osi poziomej znacznie wydłużone, jądra ich są mniejsze, a komórki warstwy podstawowej zatracają także swój kształt prawidłowy i napełnione są barwikiem w dużej ilości. Heller znalazł prawie te same szczegóły, tylko warstwy ziarnistej w wielu miejscach zupełnie nie widział, a warstwy zrogowaciałe składały się z komórek o wyraźnych jądrach, luźno ułożonych na sobie. Wreszcie Unna zwraca uwagę na szczegół, mało przez innych autorów uwzględniany, to jest niejednostajne zgrubienie warstwy zrogowaciałej, przyczem warstwa ziarnista zawsze wykazać się daje, a szeregi kolczaste zanikają i nie tworzą smug międzybrodawkowych.

Szczegóły powyższe zgadzają się w wielu punktach z obrazem, przezemnie znalezionym. Warstwa komórek zrogowaciałych tworzy w tym okresie jednolitą smugę komó-



Fig. 4.

rek bezjądrzastych, zazwyczaj szerszą, niż reszta naskórka poniżej położonego, wejrzeniem podobną do przecięcia paznogcia *(Fig. 4).* Nic więc dziwnego, że do tego stopnia uciska warstwy pod nią leżące, iż komórki ziarniste układają się zaledwo w jeden szereg wązkich komórek, znacznie wydłużonych w osi poziomej, o słabej ziarnistości, a warstwa kolczasta zatraca prawie zupełnie kolce, komórki jej także znacznie się wydłużają i przechodzą w dolne więcej okrągławe, choć prawie nigdy walcowate, jak w stanie prawidłowym. Przestwory między komórkami tych ostatnich szeregów są szerokie, jądra komórek nieco mniejsze, słabiej się barwiące, niektóre półksiężycowate (Colombini), a dalsze szeregi zawierają już w tym okresie dość obfity barwik. Wkraczania jednak nacieku w te dolne warstwy naskórka, jak to opisuje Neumann, nigdy nie zauważyłem. Całość zatem robi wrażenie silnie zgrubiałej warstwy zrogowaciałego naskórka *(hyperkeratosis)*, jakby za dużej w stosunku do reszty skóry, chociaż silnie z resztą naskórka złączonej, sprawiającej przytem tak silny ucisk na warstwy dolne, że nie pozwala na ich rozwój prawidłowy i zmienia ich postać.

W dolnych szeregach komórek naskórka widać nawet w tym okresie dość obfity barwik, który w niewielkiej ilości znaleźć można i w warstwie skóry właściwej, leżącej pod naskórkiem.

Powracam jeszcze do obrazu naczyń, około których, jak stwierdzają wszyscy autorowie, grupują się głównie nacieki. Jedne jednak o ścianach zgrubiałych zachowują się prawidłowo, co widać szczególnie w górnych warstwach skóry, gdzie wszystkie naczynia zdają się być rozszerzone. Heller i Huber mówią o większej ilości naczyń w tej części skóry, czego w naszym przypadku wykazać nie mogłem; inni autorowie zaś mówią tylko o rozszerzeniu naczyń, szczególnie w górnych warstwach. Inne naczynia średniej warstwy otoczone są bezpośrednio na swej warstwie wewnętrznej *(intima)* naciekiem, przez co światła ich są uciśnięte, a obrzękłe śródbłonki sterczą wyraźnie do światła naczynia. Prócz tych jednak widzieć można naczynia, w których światło wrasta otaczający je naciek tak, że albo część światła zajętą jest nowowytworzoną tkanką, lub też światło w całości jest zarośnięte. Na niektórych miejscach, szczególnie warstw głębszych, spostrzegać się dają gromady komórek dośrodkowo ułożonych, jako miejsce zarośniętego tkanką łączną naczynia *(Fig. 5)*; na ten ostatni szczegół zarastania

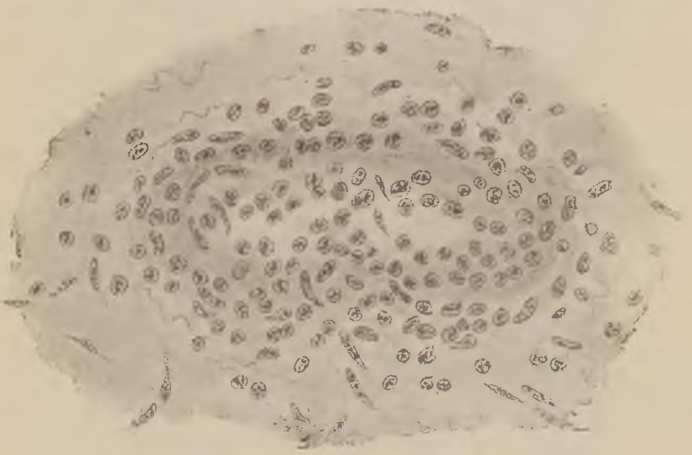


Fig. 5.

zupełnego świateł naczyniowych zwracają uwagę z autorów tylko Unna i Heuss. Pierwszy wskazuje na te zmiany szczególnie w żyłach, mniej w tętnicach; drugi mówi o rozroście śródbłonków i zwężeniu przez to światła naczyniowego. Na zmiany te w tym pierwszym okresie choroby zwracam szczególną uwagę, bo one zdają się tłómaczyć cały późniejszy rozwój sprawy chorobowej i jej następstwa.

Gruczoły skóry są w tym okresie mało zmienione, chociaż przedstawiają pewne nieprawidłowości. Kłębki gruczołów potowych bywają otoczone naciekiem, przez co są nieregularniej ułożone, niż w stanie prawidłowym; przewód już w tym okresie rzadko przebiega prostopadle, a więcej ukośnie. Śródbłonek ich jest wskutek ucisku wątły, a światło zazwyczaj węższe; nigdy jednak nie spostrzegałem przewodu gruczołowego w naskórku zrogowaciałym.

Torebki włosowe i gruczoły łojowe nie przedstawiają nawet takich zmian, prócz nacieków, które je otaczają. Z licznych autorów jeden tylko Heuss nie wspomina o jakichś zmianach gruczołów i torebek włosowych; inni opisują różne, odnoszące się do okresu zanikowego, dlatego przy opisie tego ostatniego o nich mówić będę.

Mięśnie gładkie skóry zdają się być w tym okresie niezmienione; tkanka tłuszczowa zaś jest w przeważnej części zanikła.

Jak wyżej opisany okres w obrazie mikroskopowym nazwać można śmiało okresem nacieku, tak drugi — okresem początkowego zaniku i nagromadzenia barwika; już gołem okiem bowiem wykazać można ścieńczenie skóry i silne zabarwienie brunatne.

Obraz mikroskopowy tak zmienionej skóry przedstawia pod pewnym względem dość znaczne różnice w stosunku do zmian, znalezionych w okresie nacieku. Przedewszystkiem bowiem nie widać tu tak wybitnych nacieków, cechujących okres poprzedni, a spotyka się tylko nieco komórek tkanki łącznej i skąpe komórki plazmatyczne, towarzyszące ścianom naczyniowym lub przestworom między istotą klejorodną. W niektórych miejscach warstw głębszych widać jeszcze wyraźnie nacieki, złożone z komórek plazmatycznych i łącznotkankowych. Wśród tych resztek na-

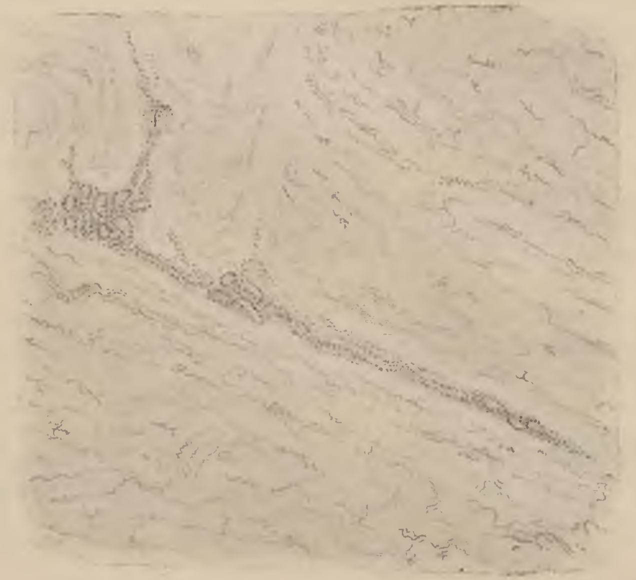


Fig. 6.

cieków, szczególnie zaś na ich obwodzie, znajdują się tu i owdzie liczne komórki ziarenkowate *(Mastzellen* Erlicha; *cellules granulifères* Browicza).

Istota klejorodna i włókna elastyczne dają podobny obraz, jak to powyżej nakreśliłem; ale zanik początkowy tak pojedynczych wiązek istoty klejorodnej, jak i włókien elastycznych, zdaje się być w wyższym stopniu rozwinięty.

Części dodatkowe skóry okazują dość wysoki stopień zaniku, o którym u wszystkich autorów znajdujemy wyraźne wzmianki. Prawie wszyscy stwierdzają mniejszą ilość gruczołów i torebek włosowych; Pospelow pierwszy zwraca uwagę na poziome ułożenie kłębków potowych, co potwierdza Colombini i Unna, i zupełny zanik torebek włosowych i gruczołów łojowych. Jadassohn wskazuje na zupełny zanik gruczołów i torebek, które w okresie nacieku są tylko naciekłe. Neumann nie widział gruczołów łojowych, ani przewodów gruczołów potnych, a torebki włosowe tylko rzadkie. Colombini zwraca uwagę na zanik i odbarwienie włosów w drobnych torebkach i na małe tylko gruczoły łojowe. Heller wcale włosów nie znajdował, a gruczoły i torebki zanikające. Unna zaś wskazuje, obok zaniku tych części dodatkowych skóry, na rozszerzone na pewnych miejscach światła kłębków potnych, których przewody tylko wyjątkowo widzieć się dają.

Potwierdzam prawie wszystkie, opisywane powyżej przez

różnych autorów szczegóły. Gruczoły potne leżą rzeczywiście, jeżeli nie poziomo, to przynajmniej bardzo skośnie do powierzchni skóry; światła ich przewodów są znacznie cieńsze, a nadbłonki nader wątłe, jakby pokurczone *(Fig. 6)*.

Gruczoły łojowe są również mniejsze, o komórkach zanikających, a torebki włosowe znacznie węższe, mają zazwyczaj przebieg kręty tak, że na jednym skrawku kilkakrotnie ulegają przecięciu. Mięśnie gładkie nie okazują jakichś wybitniejszych zmian, a są widoczne nawet koło torebek i gruczołów łojowych zanikających.

Naskórek nie wiele uległ zmianie; tak samo odróżnić w nim można warstwę Malpighiego, która jest ścieńczałą i zawiera płaskie, uciśnięte komórki, bez zróżniczkowanej warstwy podstawowej walcowatej. — jeden zazwyczaj szereg komórek ziarnistych i zgrubiałą, jak w okresie naciekowym, warstwę zrogowaciałą. Rysunek różni się w całości tylko tem, że podczas gdy w poprzednim okresie warstwa zrogowaciała tworzy smugę równo ułożoną na kształt paznogcia, tutaj widać ją pofałdowaną, przez co powierzchnia naśladuje rysunek brodawek, a na pewnych miejscach nawet z oddzielającemi się na powierzchni łuseczkami. Nigdzie jednak nie widziałem komórek niezupełnie zrogowaciałych, z jądrem utrzymanem, jak opisywał Heller.

Dolne warstwy naskórka, przylegające do skóry właściwej, napełnione są obfitemi ziarnami barwika, który leżąc wolno i w komórkach, znajduje się również w warstwach górnych skóry w większej ilości, niż w innych okresach tego cierpienia. (Dok. nast.)

III. **Z zakładu medycyny sądowej Uniwersytetu Lwowskiego.**

O tz. hemotoksynach i innych pokrewnych im ciałach, oraz o znaczeniu ich dla medycyny w ogóle, a dla medycyny sądowej w szczególności.

Napisał
Prof. Dr. **Włodzimierz Sieradzki.**

(Dokończenie).

Tak więc dotychczas nie posiadamy żadnego pewnego sposobu do rozróżniania pojedynczych gatunków krwi, a względnie odróżniania krwi ludzkiej od zwierzęcej, co stoi istotnie w rażącej sprzeczności z taką mnogością i doskonałością metod badania, jakie posiadamy dla wykazania obecności krwi wogóle, choćby w najmniejszych śladach. Zaraz też po ukazaniu się pierwszego doniesienia Uhlenbutha i prawie równoczesnej pracy Wassermanna i Schützego rozpocząłem własne badania nad wartością i znaczeniem ich metody, którąby można nazwać biologiczną, a polegającą, jak to przedstawiłem, na zastosowaniu właściwych precypityn, otrzymywanych przez szczepienie zwierząt krwią obcą. Mając głównie na celu względy praktyczne sądowo-lekarskie, nie omieszkałem jednak i w innych kierunkach rozszerzyć swych badań nad precypitynami wogóle, ile że zajęcie się temi istotami wobec hemolizyn ustąpiło ze strony bakteryologów na drugi plan. Szczegółowe zdanie sprawy z tych badań przedstawię gdzieindziej, tutaj tylko pragnę w krótkości skreślić najgłówniejsze wyniki dotychczasowe tych badań, które zresztą jeszcze wciąż są w toku.

Badania te z natury rzeczy muszą postępować powoli, gdyż i przygotowanie zwierząt wymaga dłuższego czasu, a zbieranie odpowiednich surowic również nastręcza pewne trudności. W całem postępowaniu należy zachować czystość i technikę taką, jaka wskazaną jest przy badaniach bakteryologicznych

Jako materyału do szczepień używałem surowicy, względnie odwłóknionej krwi z człowieka, wołu, konia, psa, królika, świnki morskiej i gołębia, ponadto zaś szczepiłem zwierzęta mlekiem krowiem, oraz silnym (20%) rozczynem pepsyny *(pepsinum purum germanicum „Rostock" plane solub.)*. Materyał do szczepień, wolny od drobnoustrojów, wstrzykiwałem w ilości od 5 do 10 ctm. prawie wyłącznie do otrzewnej zwierzęcia co drugi mniejwięcej dzień, przez 4—6 razy, poczem w 4—6 dni po ostatniem wstrzyknięciu zabijałem zwierzę przez skrwawienie z tętnicy doglowowej, chwytając krew wśród ostrożności wskazanej zasadami aseptyki. Zwierzętami szczepionemi, t. j. dostawcami surowic czynnych, były świnki morskie, psy, a przeważnie króliki. Zwierzęta znosiły zupełnie dobrze całe postępowanie; kilka jednak sztuk straciłem, bądź z powodu zapalenia otrzewnej, bądź też z powodu zapalenia płuc, jakie zresztą dotknęło i króliki, nie używane do doświadczeń. W przeważnej liczbie przypadków zdołałem otrzymać charakterystyczne precypityny, nierównej jednak siły i trwałości. I tak niektóre surowice czynne dawały odczyn w surowicy odpowiedniego zwierzęcia dopiero dodane w równej ilości do badanej surowicy; jedne precypityny wytrzymywały ciepłotę 60° C. przez godzinę, inne w tych warunkach ginęły; pojedyncze surowice czynne w różnym czasie traciły swe własności. Również i czas potrzebny do wystąpienia odczynu był różny, od kilku minut do kilkunastu godzin; na okoliczność tę miała wpływ tak ilość surowicy czynnej, jak i rozcieńczenie badanej surowicy. W niektórych przypadkach wyniki były wprost ujemne. Szczegóły te jednak i tłómaczenie pewnych spostrzeżeń pozostawiam do opisu na innem miejscu.

Co do precypityny właściwej dla krwi ludzkiej, to tę otrzymywałem wyłącznie z królików. W jednym przypadku badałem dokładniej siłę tej surowicy czynnej, i przekonałem się, że dodana w stosunku 10% do surowicy ludzkiej, względnie jej rozczynu w fizyologicznym płynie, dawała odczyn jeszcze wyraźny w surowicy ludzkiej rozcieńczonej 1: 1000, aczkolwiek dopiero po ośmiu godzinach. Stosunek 10% surowicy czynnej względem surowicy ludzkiej lub jej rozczynu okazał się najodpowiedniejszym; dodanie mniejszej ilości surowicy czynnej opóźniało znacznie wystąpienie odczynu; większa ilość przyspieszała odczyn nieznacznie do pewnej granicy; jednak dla oszczędności surowicy czynnej trzymałem się stale w badaniach powyższego stosunku. Swoistość tej surowicy czynnej względem surowicy ludzkiej stwierdziłem próbami ze wszystkiemi dostępnemi mi surowicami zwierzęcemi: w szczególności jednak zaznaczam, że surowicy małpy nie posiadałem do doświadczeń. Z drugiej strony również żadna inna surowica, a temsamem i surowica królika prawidłowego, nie dawała żadnego strątu, dodana do surowicy ludzkiej. Tak więc wyniki badań nad działaniem odpowiedniej surowicy czynnej na surowicę ludzką mogę uważać za zupełnie zadawalniające. Rozczyny lakowate krwi świeżej dawały mi również charakterystyczny odczyn z surowicą czynną, aczkolwiek oddziaływanie nie było tak czułe; przy tego rodzaju próbach należy zawsze do badanego rozczynu wodnego

krwi dodać równą ilość podwójnego płynu fizyologicznego, gdyż, jak słusznie ostrzega Uhlenhuth, każda surowica rozcieńczona znaczniejszą ilością wody daje zmętnienie (od globuliny); stąd też bez zachowania tej ostrożności wnioski mogłyby być fałszywe. Z krwią gnijącą od trzech tygodni próba dała również wynik dodatni. Nieco gorzej wypadły mi badania nad rozpoznawaniem pochodzenia plam krwawych, przechowanych na płótnie różny przeciąg czasu i w różnych warunkach zewnętrznych. Pomijam to, że odczynu nie otrzymałem wcale z wyciągu z plam krwawych na płótnie, zanurzonem przez chwilę w gotującej się wodzie, lub poddanem w inny sposób działaniu wyższej ciepłoty, gdyż sama istota tego odczynu (strąt białka znachodzącego się w rozczynie) nie pozwalała z góry spodziewać się pod tym względem wyników. Próby jednakowoż wypadły również ujemnie z plamami bardzo dawnemi, t. j. dwuletniemi na płótnie, wiszącem w pracowni w pełnem świetle i niejednokrotnie wymiętem. Również i plamy nie tak dawne, lecz z płótna, pozostającego pod wpływem zmian atmosferycznych, a więc deszczu, słońca, wyższej i niższej ciepłoty, zachowywały się taksamo. Zaznaczyć jednak muszę, że w tych przypadkach samo wykazanie barwika krwi wogóle sprawiało pewne trudności, a niekiedy zupełnie zawodziło. Wyciąg z plam świeżych, okazujący w przyrządzie widmowym wyraźne smugi oksyhemoglobiny lub methemoglobiny, dawał z reguły z surowicą czynną właściwy odczyn, przyczem zauważyć muszę, że nietyle znaczy w tym razie długość czasu przechowywania skrwawionych szmat, ile warunki, w jakich się znajdowały. Sądzę, że szmaty przechowane w korzystnych warunkach będą przez bardzo długi czas odpowiednie do tego badania. Przy badaniu plam nastręczają się pewne trudności, z których wynikają odpowiednie zastrzeżenia. Przedewszystkiem do badania plam krwawych należy posiadać surowicę czynną, bardzo mocną, której siłę można oznaczyć w sposób wyżej podany. I tak w pierwszych mych badaniach byłem wielce rozczarowany, gdy z surowicą czynną, która dawała piękny odczyn z surowicą krwi ludzkiej i z jej rozczynami w płynie fizyologicznym, nie otrzymałem odczynu z wyciągami z plam krwawych, aczkolwiek wybitnie czerwono od barwika krwi zabarwionymi. Natężenie zabarwienia czerwonego wyciągu nie jest w tym względzie bynajmniej miarodajnem, gdyż nie idzie tu o obecność w badanym płynie barwika krwi, ale części składowych surowicy, mianowicie przedewszystkiem o globulinę. Z tego też powodu nie należy, jak to poleca Uhlenhuth, używać do wyciągów wody, a potem otrzymany płyn mięszać z podwójnym płynem fizyologicznym, lecz wprost plamy krwawe zalewać fizyologicznym rozczynem soli kuchennej. Globulina bowiem nie rozpuszcza się w wodzie, tylko w rozcieńczonych rozczynach soli; aczkolwiek skutkiem zawartości pewnej ilości soli w samych plamach przechodzi częściowo do wody, użytej do maceracyi, to jednak o wiele znaczniejszą jej ilość otrzymamy w rozczynie, używając do wyciągów wprost płynu fizyologicznego.

Przez porównawcze badania przekonałem się, że różnica polega nietylko w nasileniu odczynu, ale i w czasie potrzebnym do jego wystąpienia; ta ostatnia bywa nieraz dość znaczna, a mianowicie otrzymywałem różnice tego rodzaju, że wyciąg w płynie fizyologicznym dawał już piękny odczyn po $^1/_2$ godzinie, podczas gdy wyciąg wodny z identycznej plamy i wśród tychsamych warunków oddziaływał dopiero po czterech godzinach i to nie tak wybitnie, jak poprzedni.

Już z tego, co wyżej powiedziałem, wynika, że nie można ograniczyć czasu odczynu do dwóch godzin, jakby to chcieli autorowie, którzy metodę tę wprowadzili do celów sądowo-lekarskich. Przy znaczniejszych rozczynach badanego płynu trzeba czekać kilka, a nawet i kilkanaście godzin na wystąpienie odczynu; zaznaczam przytem, że badany płyn powinien zostawać w cieplarce przy 37° C., gdyż na zimno, względnie w ciepłocie pokojowej, odczyn przebiega o wiele trudniej i wolniej. Ztąd jednak wynika nowa trudność, mianowicie polegająca na tem, że badany płyn musi być zupełnie jałowy, gdyż w przeciwnym razie wśród tych warunków po pewnym czasie zmętnieje z powodu rozwoju bakteryj; wprawdzie zmętnienie to przy pewnej wprawie można na pierwszy rzut oka odróżnić od charakterystycznego strątu, będącego wyrazem odczynu; ale w każdym razie okoliczność ta wymaga odpowiednich ostrożności. Że przytem tak badany płyn, jak i surowica czynna, muszą być bezwzględnie przejrzyste, nie potrzebuję dodawać. Rada Uhlenhutha, by wyciągi z plam krwawych przesączać przez sączki, używane w bakteryologii, przez co otrzymuje się płyn czysty i jałowy równocześnie, jest zupełnie słuszna, ale da się przeprowadzić tylko wtedy, gdy posiadamy większą ilość płynu do badania. Nieznaczne zmętnienie badanego płynu nie przeszkadza, jeżeli do odczynu używa się rurek wązkich o średnicy kilku milimetrów; rurek takich używam stale do badań ze względu na oszczędność surowicy czynnej i badanego płynu. Wskazanem jest zawsze robić równocześnie próby kontrolne tak, jak polecają to Wassermann i Schütze.

W jednej seryi doświadczeń otrzymałem wyniki wprost niepomyślne, a mianowicie przy badaniu wody, w której prano szmaty krwawe, niebardzo stare, ze zwykłem prostem mydłem, używanem do prania. Popłóczyny te przesączone okazywały silną barwę czerwoną, a odczyn zasadowy. Z surowicą czynną występowało wprawdzie wkrótce charakterystyczne oddziaływanie, jednakowoż otrzymałem w tych przypadkach również, choć niezawsze, strąt z surowicą prawidłowego królika, może nieco innej postaci, ale w każdym razie zdolny w błąd wprowadzić. Co więcej zaś otrzymałem podobny strąt po dodaniu i surowicy czynnej względem krwi ludzkiej i surowicy prawidłowego królika do wody, w której prano w tych samych warunkach, co powyżej, plamy krwi końskiej. Ten brak swoistości zasadniczego znaczenia okazał się tylko przy badaniu tych popłóczyn po praniu plam z mydłem; przyczyna tego zjawiska nie jest mi zupełnie jasną; być może, że gra tu rolę znachodzące się w rozczynie mydło. Jak już wspomniałem, badania moje nad tym przedmiotem są jeszcze wciąż w toku i z natury rzeczy sprawa ta wymaga jeszcze bardzo długich doświadczeń, aby można dojść do pewnych zasad i metod badania.

Inne szczegóły, jako natury więcej specyalnej, pomijam na tem miejscu. W każdym razie ta nowa metoda biologiczna rozróżniania gatunków krwi zasługuje na najwyższe zainteresowanie i można śmiało mieć nadzieję, że po dłuższych doświadczeniach stanie się dzielnym środkiem w badaniach sądowo-lekarskich i wypełni lukę, jaka dotychczas dotkliwie czuć się dawała.

Piśmiennictwo *). Landois: Die Transfusion des Blutes. Leipzig, 1875. — 2) Daremberg: Arch. de méd. expérim, 1891. — 3) Buchner: Arch. f. Hygiene XVII. 4) Carbone & Belfanti: Giornale d. R. Akad. di med. di Torino, 1898. — 5) Bordet: Ann. de l'Inst. Pasteur. 1898. — 6) Bordet: Ann. de l'Inst. Pasteur 1899, p. 226, i p. 274 i 1900 p. 257. — 7) Ehrlich & Morgenroth; Berl. kl. Wochenschr. 1899 Nr. 1 i 22, 1900 Nr. 21 i 31, 1901 Nr. 10. — 8) Nolf: Ann. de l'Inst. Pasteur 1900 p. 297, 492 i 636. — 9) von Dungern: Münch. med. Wochenschr. 1899 Nr. 13 i 14. — 10) Camus & Gley: C. R. de la Soc. de Biol. 1898 p. 129, C. R. de l'Ac. des Sc. 1898 p. 330 i 428, Arch. intern. de pharmacodyn. 1898. Ann. de l'nst. Pasteur, 1899. — 11) Kossel: Berl. kl. Wochenschrift 1898. — 12) Czystowicz: Ann. de l'Inst Pasteur, 1899. — 13) Myers: Centrbl. f. Bacter. 1900. — 14) Uhlenhuth: Deutsche med. Woch. 1900 Nr. 46. — 15. Fisch: Zeitschr. f. Hyg. XXXVI. — 16) Zuelzer: Deutsche med. Woch. 1901, Nr. 14. — 17) Landsteiner: Ctrbl. f. Bacter. 1899. — 18) v Dungern: Münch. med. Wochen. 1899 Nr. 38 i 1900 Nr 20 i 28. 19) Mecznikow: Ann. de l'Inst. Pasteur 1899 p. 737. — 20) Lindemann: Ann. de l'Inst. Pasteur 1900 p. 49. — 21) Delezenne: Ann. de l'Ins. Pasteur, 1900 p. 686, C. R. de l'Ac. des Sc. $^{11}/_{8}$ 1900. — 22) Mecznikow: Ann de l'Inst. Pasteur. 1900 p. 1. — 23) Moxter: Deutsche med. Woch. 1900 Nr. 4 — 24) Mecznikow: Ann. de l'Inst. Pasteur 1900 p. 577. — 25) Mecznikow: Ann. de l'Inst. Pasteur 1900 p. 369. — 26) Cantacuzène: Ann. de l'Inst. Pasteur 1900 p 378. — 27) Besredka: Ann. de l'Inst. Pasteur 1900 p. 390. — 28) Mecznikow & Besredka: Ann. de l'Inst. Pasteur, 1900 p. 402. — 29) Uhlenhuth: Deutsche med. Woch. 1901 Nr. 6. — 30) Wassermann & Schütze. Berl. kl. Woch. 1901 Nr. 7. — 31) Uhlenhuth: Deutsche med. Woch. 1901 Nr. 17. — 32) Mertens: Deutsche med. Woch. 1901 Nr. 11. — 33) Stern: Deutsche med. Woch. 1901 Nr. 9. — 34) Dieudonné: Münch. med. Woch. 1901 Nr. 14. — 35) Däubler: Vierteljahresschrift f. ger. Med. 1899 XVIII. — 36) Corin: Ann. de la Soc. méd. chir. de Liège 1894.

*) Powyższy spis obejmuje tylko prace, przytoczone w tekście i nie jest bynajmniej zupełnym obrazem piśmiennictwa omówionego tematu. We wszystkich prawie czasopismach lekarskich z dwóch lat ostatnich i z roku bieżącego znaleźć można jeszcze mniej lub więcej ważne przyczynki do nauki o cytotoksynach.

IV. Wyciągi.

Prof. Kruse. **Dalsze badania nad dysenteryą i jej prątkiem.** *(Deutsche med. Wochs.* 1901, Nr. 23, 24). I. Etyologia czerwonki. Badania, prowadzone w dalszym ciągu przez K. z pomocą subwencyi rządowej, zupełnie potwierdziły pierwsze wyniki, otrzymane w Laar. Wykazany tam, jako przyczyna czerwonki, swoisty prątek Krusego, znalazł się również w nagminnej czerwonce w Barmen, oraz w czerwonce, panującej w zakładzie obłąkanych Grafenberg pod Düsseldorfem. Swoistość tego prątka stwierdził K. w Grafenbergu także zapomocą aglutynacyi, która w 7 na 8 badanych w tym kierunku przypadków występowała jeszcze w stosunku 1: 50—200. (W ósmym przypadku, w którym wynik był ujemny, trwała choroba dopiero trzy dni, co dostatecznie tłómaczy, dlaczego próba się nie powiodła). Próbie surowiczej przypisuje K. znaczenie praktyczne; ma ona bowiem w czerwonce tę wyższość nad próbą surowiczą w durze, iż jest bez porównania stalszą i daje wynik dodatni przez długi czas po wyzdrowieniu, — nawet w lekkich przypadkach przez 1—2 miesięcy.

K. rozporządza spostrzeżeniem, równoznacznem prawie z doświadczeniem na człowieku, a dowodzącem, iż prątek, wykryty przez K., jest rzeczywiście swoistą przyczyną czerwonki. Mianowicie Dr. Stöcker, asystent K., zachorował na typową czerwonkę; surowica jego aglutynowała prątki Krusego w stosunku 1: 100: źródłem zakażenia, jak stanowczo twierdzić można, były czyste hodowle prątka K., z którymi Dr. S. robił doświadczenia w pracowni zakładu higienicznego w Bonn: w mieście tem ani przedtem, ani potem, nie zdarzył się żaden przypadek czerwonki, skąd mógłby się Dr. S. zakazić. Spostrzeżenie to należy więc uważać za niewątpliwy dowód swoistości prątka Krusego.

Wyniki badań Krusego znajdują już potwierdzenie w spostrzeżeniach innych badaczy. I tak Spronck w Utrechcie wyhodował w czasie dwóch epidemii czerwonki w Holandyi prątki, zupełnie podobne do prątków Krusego; przesłane hodowle przekonały Krusego, że rzeczywiście jestto tensam gatunek prątka. Flexner zaś otrzymał w epidemii na Filipinach prątki, nieznacznie tylko różniące się od prątka Krusego i prawdopodobnie identyczne z prątkiem, wykrytym w czerwonce japońskiej przez Shigę. Prątki Flexnera ulegają także aglutynacyi pod wpływem surowicy chorych na czerwonkę, ale w pewien odmienny sposób (zlepianie się w nitki). K. uważa prątki, odkryte przez siebie i wyhodowane przez Sproncka, a prątki Flexnera-Shigi za odmiany jednego i tegosamego gatunku, przeczy natomiast, aby do tegoż gatunku należał t. zw. „bacillus colidysentericus" Celliego, mogący zresztą być przyczyną odmiennego rodzaju czerwonki, zdarzającej się we Włoszech u dzieci.

II. Zwalczanie czerwonki stanowi przedmiot drugiej części pracy Krusego. Zwalczać czerwonkę można albo pośrednio przez zarządzenia sanitarne albo bezpośrednio zapomocą szczepień ochronnych i surowic leczniczych, których wytworzenie obecnie, po odkryciu swoistego prątka, przestało być niedostępnem. Coprawda, dotychczasowe usiłowania Krusego nie wydały w tym względzie zbyt świetnych wyników. Wprawdzie zapomocą wstrzykiwań hodowli prątka, żywych lub zabitych, można łatwo wywołać u zwierząt powstawanie substancyj ochronnych, jednak surowica tych owiec i królików, użytych dotąd do doświadczeń, jest zbyt słabą, aby można ją w praktyce z nadzieją powodzenia stosować. K. podjął więc na sobie samym i swym asystencie Dr. Weissenfeldzie próby szczepień ochronnych zapomocą zabitych hodowli. Już 1 cm^3 hodowli wytworzył w surowicy u obu badaczy znaczne własności aglutynacyjne; ale czy w parze z temi własnościami idą w równym stopniu własności chroniące przed zakażeniem, nie jest rzeczą pewną; nadto odczyn miejscowy i ogólny (gorączka, osłabienie i t. d.) był już po tej dawce zbyt silny, aby sposób ten zastosować można na szersze rozmiary. Na razie więc pozostać trzeba przy dawnych, pośrednich sposobach zwalczania czerwonki drogą zarządzeń sanitarnych. Odkrycie swoistego prątka i zbadanie jego własności biologicznych i tu jednak przyniosło korzyści. Ważnem jest przedewszystkiem stwierdzenie, że prątki znajdują się w ogromnej ilości w wypróżnieniach chorych, że do innych wydzielin nie przechodzą, i że poza ustrojem długo swą żywotność mogą zachować. Wprawdzie w stolcach płynnych przy wyższej ciepłocie prątki Krusego szybko giną — przygłuszone przez inne bakterye, tem dłużej jednak utrzymują się w środowisku na pół suchem i w ciepłocie niskiej. Jest nawet wielce prawdopodobne, że prątki czerwonki potrafią przetrwać zimowe mrozy. Stąd wynika wskazówka, że w ciągu zimowej przerwy w epidemii należy nietylko starannie czuwać nad przewlekającymi się, odosobnionymi przypadkami, ale także wyzyskać ten czas na staranne odkażenie zakażonych mieszkań, wychodków, ścieków i t. d. Jako ważny czynnik w zwalczaniu i zapobieganiu uważa K. dobrze urządzoną kanalizacyę, kładąc nacisk na kanały domowe i uliczne: mniejsze już znaczenie mają kanały główne, zbierające nieczystości z kanałów ulicznych.

III. W końcu pracy zajmuje się wreszcie Kruse rzekomą czerwonką, zdarzającą się, jako endemia, w zakładach obłąkanych. W zakładach tych bowiem spotyka się oprócz epidemij czerwonki, zawleczonych z zewnątrz, gromadne niekiedy schorzenia, zwłaszcza u zniedołężniałych, anatomicznie od czerwonki się nie różniące, a tylko wśród lżejszych przebiegające objawów. Etyologia tych endemij jest niejednakową; w każdym razie nie mają one nic wspólnego z prawdziwą nagminną czerwonką, choć prawdopodobnie przyczyną ich są rozmaite odmiany prątków, pokrewnych prątkowi prawdziwej czerwonki. *C.*

Neuburger (Frankfurt n. M.). **Związek między stwardnieniem tętnic wieńcowych a schorzeniem mięśnia sercowego.** *(Deutsche med. Wochs.* Nr. 24, 1901). Prawdziwa dusznica nie jest, zdaniem autora, nerwowem zaburzeniem czynnościowem, lecz wynikiem cierpienia ustrojowego, — okoliczność, którą też liczne badania pośmiertne stwierdziły, wykazując w dotyczących przypadkach chorobowych zwapnienie tętnic wieńcowych. Neuburger spostrzegał 143 przypadków dusznicy bolesnej; w 38 udało się przeprowadzić sekcyę, która w zupełności potwierdziła rozpoznanie, uczynione za życia, wobec czego przyjmuje, że i w niesekcyonowanych przypadkach rozpoznanie było prawdziwe. Na zasadzie tych spostrzeżeń można powiedzieć, że 1) stwardnienie tętnic wieńcowych i na tem tle powstające schorzenia mięśnia sercowego rozwijają się w pewnym porządku chronologicznym i znamionują się ściśle określonym obrazem klinicznym, i 2) że zbiór objawów, objętych powszechnie mianem dusznicy bolesnej, jest tylko częścią całego obrazu klinicznego. Przebieg cierpienia, nagabującego bardziej mężczyzn, aniżeli kobiety, a prowadzącego po kilku miesiącach lub latach do śmierci, dzieli autor ze względów praktycznych na trzy okresy rozwojowe: *a)* zaburzeń czuciowych, *b)* ruchowych, *c)* odżywczych. W pierwszym okresie skarży się chory na bolesność w okolicy mostka, serca lub żołądka, rozpromieniającą się nierzadko na lewy bark, albo nawet na całą lewą kończynę górną, — w drugim sprawność mięśnia sercowego staje się mniejszą, oddech jest krótszy, tętno często niemiarowe, mimo że przysłuchem nic nieprawidłowego stwierdzić nie można. Stan taki trwa niedługo, przechodząc nagle (czasami wśród nocy) w okres trzeci zaburzeń odżywczych. Podczas

dotkliwych bólów w lewej kończynie górnej występuje napad, podobny do dychawicy: oddech staje się krótki, powierzchowny i przyspieszony z licznemi rzężeniami rozlanemi, plwocina krwawo-spieniona, tętno nieregularne, ciepłota nie podwyższona. Rozpoznanie nie natrafia na trudności przy uprzytomnieniu sobie całego obrazu chorobowego, — leczenie jest takiesamo, jak wogóle przy cierpieniach sercowych. Wskazany jest spokój umysłowy i fizyczny, wdychiwania azotynu amylowego lub podskórne wstrzykiwania morfiny i kofeiny (0·2, 3 razy dziennie); mniej dobre skutki sprowadza nitrogliceryna i jodek potasu. Napady dychawicy, spowodowane zastojem w płucach, dobrze się zwalcza naparstnicą w proszku, lub zapomocą *strophantus*. *Dr. Henryk Pisek.*

Ziemke. **W sprawie odróżnienia krwi ludzkiej od zwierzęcej zapomocą swoistej surowicy.** (*Deutsche med. Wochs.* 1901, Nr. 26). Sposób rozpoznawania krwi ludzkiej, podany przez Wassermanna i Schützego, a niezależnie od nich przez Uhlenhutha (por. streszczenia w „Przeglądzie“ r. b. Nr. 10, 19 i t. d., oraz drukującą się właśnie pracę Sieradzkiego), zyska ogromne znaczenie w praktyce sądowo-lekarskiej, jeśli się okaże niezależnym od rozmaitych wpływów ubocznych i skutecznym w różnych okolicznościach, w których dotychczasowe, wogóle zresztą niedostateczne sposoby zawodziły. Aby stwierdzić, o ile można polegać na nowym sposobie, podjął Z. doświadczenia, w których starał się naśladować warunki, w jakich badanie sądowo-lekarskie krwi odbywa się w rzeczywistości. A więc przedewszystkiem badał krew rozmaitych zwierząt domowych (11 gatunków), świeżą i zaschłą (n. p. krew wołu, zaschłą od r. 1863), dalej plamy krwi ludzkiej w tkaninach, przechowywane od lat 2 do 19, i plamy krwi zwierzęcej na tychsamych tkaninach, dalej ziemię zakrwawioną (z r. 1898 i 1900), krew tlenkowęglową, plamy krwawe na narzędziach (z r. 1896) zardzewiałych i nie zardzewiałych, plamy krwi w tkaninach, już wymywane poprzednio, plamy na tynku wapiennym, na drzewie, na szkle, na papierze (z przed lat 10), krew ze zwłok trzy dni po śmierci, wreszcie krew gnijącą. We wszystkich tych doświadczeniach powstawało pod wpływem swoistej surowicy zmącenie tylko w roztworach krwi ludzkiej, bez względu na materyał, na którym znajdowały się plamy i t. p. Ujemny wynik zdarzał się jednak niekiedy przy użyciu surowicy zbyt słabej tam, gdzie surowica silniejsza dawała wyraźnie dodatnie wyniki. *Z.*

Prof. Benedikt. **O nerwowych cierpieniach, powstałych na tle urazu.** (*Wiener med. Presse* Nr. 21, 1901). Z szczególnym naciskiem omawia autor nerwice urazowe, powstałe skutkiem wypadków kolejowych. W tego rodzaju cierpieniach mają wybitne znaczenie następujące objawy: 1) zawrót statyczny (szczególniej podczas stania z zamkniętemi oczyma), pojawiający się dopiero w kilka tygodni po wypadku, a rozwijający się zwolna; 2) niedomoga w kończynach, która cechuje się niezdolnością do przezwyciężania oporów podczas zamierzonych ruchów, wobec prawidłowo utrzymanej kurczliwości mięśni, — objaw często mięszany z niedowładem. Tutaj napomknąć trzeba, że niemoc (wyłączając udawanie) można tem łacniej stwierdzić, jeśli opór, stawiany zaleconym ruchom, nagle się usunie: wówczas dotycząca kończyna wykona ruch w tymsamym kierunku, czego niema przy udawaniu; 3) dalszym, godnym uwagi, objawem nerwicy urazowej jest ograniczenie pola widzenia dla barw, rzadko dla białej; — wprawnego okulistę prawie że się nie uda w błąd wprowadzić pod tym względem: 4) objawy mózgowe w ściślejszem znaczeniu: uczucie trwogi, zły sen, niepokój, wzburzenie umysłu naprzemian z przygnębieniem, osłabienie pamięci i t. d. — wszystkie te objawy łączą się często z silnym bólem głowy i można je wyczytać z wyrazu twarzy i zachowania się chorego; 5) bóle różnego rodzaju, których lekarz niezawsze uwzględnia, tembardziej, że nie dają się przedmiotowo stwierdzić; szczególniej tyczy się to bólów głowy, przy których wielkie ma znaczenie tkliwość, okazująca się przy opukiwaniu czaszki, a zwłaszcza niektórych jej miejsc, — nadto zmiany w tętnie, oddziaływanie źrenic, trawienie, mogą wielce sprawę wyjaśnić; 6) wreszcie napotkać można rozmaite postacie porażeń i znieczuleń, które mogą ustąpić po krótszem lub dłuższem trwaniu. W skład przetworów leczniczych takich nerwic mają wchodzić: wpływy psychiczne, przetwory jodu, bromu i prąd elektryczny. *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. Reiss W. **Liczne samoistne bliznowce (keloid).** (*Arch. f. Derm. und Syph.* 1901, LVI. 3). Autor spostrzegał tę rzadką chorobę u dziewczynki 12-letniej, w postaci drobnych guzków, dochodzących do wielkości grochu, elastycznych, o barwie różowej. Guzki te zajmują przednią powierzchnię tułowia, nieco mniej grzbiet i kończyny górne, a w znacznie mniejszej liczbie oba uda. Liczba guzków, ułożonych przeważnie pojedynczo, tu i owdzie tylko w skupieniach, wynosi przeszło 200. Granice guzków są najczęściej ostre, niektóre tylko mają wypustki promieniste, wystające również nad powierzchnię skóry, jak same guzki. Powierzchnia guzków jest gładka, nie łuszczy się; zbitość ich jednak nie we wszystkich jest jednakowa, jedne okazują się miękie, mięsiste, inne więcej twarde, elastyczne. Autor uzasadnia dokładnie swoje rozpoznanie, które, w każdym takim przypadku przedstawia pewne trudności. — Badanie histologiczne wykazuje, że masy samego bliznowca leżą w skórze właściwej, oddzielone pasmem granicznem od warstwy brodawkowej skóry, która wraz z warstwami naskórka pozostaje prawidłową. Sam guz składa się z włókien istoty klejorodnej, przebiegających w różnych kierunkach; w środkowych częściach przestwory między wiązkami są szersze, niż w częściach obwodowych, gdzie włókna leżą gęsto ułożone obok siebie, przez co granica guza jest bardzo wybitna. Środek guza cechuje się również brakiem włókien elastycznych, które bliżej obwodu przedstawiają się poprzerywane i dopiero na granicy przechodzą powoli we włókna prawidłowe. Jakichś zmian chemicznych tych włókien autor nie wykazuje. Naczynia są prawie zupełnie prawidłowe, a tylko spostrzedz się daje nieco więcej komórek w ich błonie zewnętrznej. W guzkach nie spotykał R. nigdzie włosów, a gruczoły skórne są przesunięte przez ucisk tkanki włóknistej w różnych kierunkach. Nacieków nigdzie niema, podobnie ciałek wysiękowych i komórek ziarenkowatych (*Mastzellen*). W końcu polemizując z różnymi autorami co do patogenezy tego cierpienia, oddziela autor ściśle bliznowce prawdziwe od rzekomych, czyli blizn przerosłych. *Krzysztalowicz.*

Prof. Baumgarten. **O gruźlicy doświadczalnej narządu moczowo-płciowego.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 63, Z. 4). Zdania są podzielone. Jedni sądzą, że gruźlica w układzie moczowo-płciowym szerzy się drogą wstępującą, drudzy — że zstępującą. B. starał się doświadczeniami swemi rozgmatwać rzecz wątpliwą. Użył królików i zakażał je prątkami z perlicy u bydląt, gdyż na te prątki króliki są szczególnie wrażliwe. W I seryi doświadczeń wstrzykiwał hodowlę takich prątków do cewki zwierząt. Łatwo sprowadzał gruźlicę cewki, gruczołu krokowego i dna pęcherza, lecz z tych miejsc gruźlica nie szerzyła się ani ku górze, ani ku dołowi. W II seryi doświadczeń zakażał wprost przyjądrze (głowę lub ogon) i gruźlica szerzyła się ku górze przez sznurek nasienny do gruczołu krokowego, nigdy jednak nie przeszła na drugie jądro. Więc wnioskuje B., że gruźlica w narządzie moczowo-płciowym szerzy się w kierunku prądu wydzieliny i to najprawdopodobniej z tej przyczyny, że prątki gruźlicze, pozbawione własnych ruchów, poddają się biernie prądowi płynu i nie posiadając zdolności rozmnażania się w wydzielinach, muszą utkwić w ścianach przewodów, aby módz rozpocząć sprawę zniszczenia. *Herman.*

Nové-Josserand (Lyon). **Leczenie zwichnięć wrodzonych stawu biodrowego metodą Lorenza.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Juin 1901). Mając sposobność leczenia 115 przypadków tego cierpienia, wyraża autor zdanie, że operując przed piątym rokiem życia, prawie w połowie przypadków następuje wyleczenie radykalne, tak ze względu na stosunki anatomiczne, jak i czynnościowe. Jeżeli się zaś bierze tylko pod uwagę stosunki czynnościowe, to w 80% przypadków wynik jest zadowalniający, a prawie zawsze widoczne jest polepszenie. Takich wyników żadna z dotychczasowych metod leczenia zwichnięć wrodzonych nie daje. Wynik leczenia zależy w wysokim stopniu od wieku dziecka; jeżeli ono jest młodsze, zabieg jest łatwiejszy i skutek lepszy tak, iż autor nie widzi przeszkody w wykonaniu zabiegu u dzieci w 16-tym lub 17-tym miesiącu życia, jeżeli jest pewność, że dziecko nie zanieczyści opatrunku kałem lub moczem. Po 5-tym roku życia wynik leczenia jest mniej korzystny, gdyż wyprostowanie kończyny jest rzadsze, a stan czynnościowy kończyny nie wraca zupełnie. Autor zaleca atoli ten sposób leczenia aż do 10-tego roku życia ze względu na poprawę, dającą się w każdym przypadku osiągnąć. *Jan Landau.*

Morquio (Montevideo). **Ropień wątroby u dziecka.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Juin 1901). Przypadek rzadki, dotyczy 11-letniego chłopca, który, wskoczywszy do wody z wysokości 3—4 metrów, uderzył brzuchem o wodę, poczem uczuł silny ból w podżebrzu prawem tak, iż o własnych siłach kąpieli opuścić nie mógł. W następstwie spostrzeżono ciepłotę podwyższoną, szczególnie wieczorem, brak łaknienia, bezsenność, niepokój, bóle, szczególnie przy poruszaniu się, oddechaniu i dotyku. Okolica wątroby wypukłona, wątroba powiększona na szerokość trzech palców. Śledziona powiększona, macalna. Żółtaczki brak. Tętno wolne, nieregularne. Rozpoznanie: zapalenie ropne wątroby w następstwie urazu brzucha. Przy operacyi wydobyto około 100 grm. gęstej, zielonkawej ropy, zawierającej łańcuszkowce. Po miesiącu dziecko wyleczone opuściło szpital. *Jan Landau.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Reichelt. **Wyniki leczenia alboferyną.** (Z oddziału polikliniki prof. Frühwalda). (*Wiener klin. Rundschau* 23, 24, 1901). Autor stosował alboferynę w 45 przypadkach (w błednicy, gruźlicy, zapaleniu opłucnej, w okresie ozdrowienia, kile, krzywicy, zołzach, neurastenii i t. d.) i uzyskał dobre wyniki.

Alboferyna wpływa korzystnie na wytwarzanie się hemoglobiny ,— czego dowodem nietylko ogólna poprawa ustroju, lecz i wynik badania krwi według Flaischla, uskuteczniany na początku i końcu leczenia. Przetwór ten wpływał korzystnie na wzmocnienie układu nerwowego — wskutek zawartości fosforu — po zastosowaniu go ustępowały objawy nerwowe, jak np. lęk nocny, zrywania się itp.

Alboferynę podaje się w kołaczykach czekoladowych, — lub (zwłaszcza młodszym dzieciom) w proszku, dodawanym do mleka, kakao. Dawka dla dzieci 1—3 gr., dla dorosłych 3—5 gr. dzien. *Gr.*

Marx (Berlin). **Bromokoll, nowy przetwór bromowy,** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 23, 1901) przedstawia się jako proszek jasno-brunatny z odcieniem żółtawym, bez smaku i zapachu, mało rozpuszczalny w wodzie i rozcieńczonych kwasach, łatwo natomiast się rozpuszcza w alkalicznych płynach. — zawiera 20% bromu. Autor stosował ten środek w 13-tu przypadkach rozmaitej postaci padaczki przez przeciąg 2—5 miesięcy, podając 3—4 grm. dziennie i zwiększając stopniowo dawkę do 8 grm. Wyniki były prawie takiesame, jak po zwykłych przetworach bromu; jedynie chyba to zaznaczyć należy, że po bromokollu nie pojawiały się szkodliwe następstwa uboczne, jak zaburzenia żołądkowo-jelitowe lub trądzik. *Dr. Pisek.*

Dr. M. Falla: **Leczenie jaglicy ichtarganem.** (*Arch. f. Augenhlk. T. XLIII. 7. 2.*) Ichtargan (*Argentum thyohydrocarboro-sulfonicum solubile*) jest to połączenie organiczne srebra z ichtyolem, zawierające 30% srebra. Przedstawia się jako proszek brunatny, rozpuszczający się łatwo we wodzie. Roczyn na słońcu nieco się rozkłada, dlatego winien być w ciemnych naczyniach przechowywany. Ichtargan wchodzi głębiej w tkanki, aniżeli azotan srebrowy. Dr. Aufrecht podaje, że kawałki wątroby królika, trzymane przez 16 godzin w $^1/_2$% roczynie ichtarganu, są zupełnie przesiąknięte, zaś trzymane równie długo w $^1/_2$% azotanie srebrowym tylko powierzchownie przesiąknięte. Również działanie przeciwzakaźne ichtarganu jest większe, aniżeli azotanu srebrowego; dawka trująca ichtarganu wynosi 0.1—0.15 na kilo wagi ciała; zaś azotan srebrowy już w dawce 0.015, licząc na tę samą wagę, działa trująco. Autor od pół roku stosuje ichtargan w różnych postaciach jaglicy, używając roczynu $^1/_2$—3% i jest z wyników zadowolony, owszem stawia go nawet wyżej, aniżeli azotan srebrowy. Szczególniej postacie z zajęciem rogówki przez łuszczkę nadają się do tego leczenia. W wielu przypadkach ustępowała łuszczka, sięgająca do połowy rogówki już po 3—4 dniach tak, że autor uważa ichtargan, jako środek swoisty przeciwko łuszczce. Świeże przypadki jaglicy można wyleczyć w 6—8 tygodniach. Co do zachowania się chorych, to jest ono rożnem: jednym sprawia tylko lekkie pieczenie, u drugich pieczenie trwa 1—2 godzin. Dzieci znoszą lepiej. *A. Bednarski.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

17. Posiedzenie naukowe z dnia 21 czerwca 1901 r.

Przewodniczy kol. Beck, obecnych członków 68.

I) Kol. Beck dziękuje nieobecnym kolegom Pawlikowskiemu i Krobickiemu, jako też radcy magistratu Goreckiemu, za objaśnienia, udzielone członkom Towarzystwa przy zwiedzaniu miejskiej rzeźni.

II. Kol. Mars demonstruje *A)* Kobietę ciężarną, u której pomimo 6 miesięcznej ciąży dokonał wycięcia nerki. Rozpoznanie przed operacyą wahało się między bąblowcem, torbielem jajnika, a wodonerczem. Wydobyty guz, wielkości głowy mężczyzny, okazał się znacznie zmienioną nerką *(hydronephrosis)*, co też stwierdzono drobnowidowo.

B) Kobietę, u której dokonał doszczętnego wycięcia z powodu ciąży i porodu pękniętej macicy. Przypadek interesujący z powodu tego, że już przy operacyi *(laparotomia)* stwierdzono znacznego stopnia zajęcie zapalne otrzewnej; łożysko odklejone leżało na wątrobie.

C) Kobietę, u której w czasie operacyi z powodu daleko posuniętej ciąży zamacicznej przecięto przy wejściu do miednicy małej moczowód. Moczowód był zwężony i obrośnięty tkanką, otaczającą guz; koniec górny rozszerzony, dolny zwężony. Obydwa te końce po odpowiedniem ich przykrojeniu kol. M. zeszył ze sobą; — początkowo stosunki rany prawidłowe. Po paru dniach jednak mocz zaczął się sączyć przez ranę ściany brzusznej.

Kol. M. próbował przez okłócie zamknąć moczowód i w ten sposób chciał nerkę przyprowadzić do zaniku; skoro zabieg ten jednak się nie powiódł, stosował przyżeganie azotanem srebrowym przetoki, czem ją ostatecznie przyprowadził do zamknięcia. Obecnie chora ma się dobrze, — moczu oddaje ilość prawidłową, — a mocz (co stwierdzono cystoskopem) sączy się z ujść obu moczowodów.

Kol. Mars demonstruje też preparaty anatomiczne do wszystkich wyżej przytoczonych przypadków.

III Kol. Łukasiewicz przedstawia 5 operowanych przez siebie przypadków tocznia *(lupus vulgaris)*. Na podstawie licznych spostrzeżeń doszedł kol. Ł do wniosku, że najlepszą ze wszystkich metod leczenia, — zwłaszcza w przypadkach rozległych, — jest metoda operacyjna polegająca na wyskrobaniu ostrą łyżeczką tkanki chorobowej z następowem wypaleniem Paquelinem. Kol. Ł. opatruje ranę bezpośrednio po operacyi suchą gazą wyjałowioną, poczem, — po oddzieleniu się strupa, — roczynem 2‰ ługu potasowego. Po zagojeniu rany poleca się choremu przykładać na bliznę przez czas dłuższy opatrunek uciskowy z 10% plastra salicylowego. Blizny, otrzymywane przy takim zabiegu, są, — jak to widać z przedstawionych przypadków, — ładne, a nawroty nie częste

Metoda ta jest niewątpliwie jedną z najbardziej doszczętnych. Ustępuje ona pod tym względem tylko wycięciu tkanki chorobowej z następowem przeszczepieniem skóry. Ale w przypadkach, z jakimi się w praktyce szpitalnej niestety najczęściej ma do czynienia, w przypadkach zaniedbanych, zajmujących dużo przestrzeni skóry, stosowanie tej metody napotyka już ze względów kosmetycznych na poważne trudności. Używaną przez wielu kolegów metodę Hollendera potępia kol. Ł. stanowczo. Przy łyżeczkowaniu z łatwością zoryentować się można, jak głęboko sięga proces chorobowy; — przy metodzie Hollendera natomiast działa się poniekąd na ślepo. Blizny w tym ostatnim przypadku są nieładne, a nawroty dość częste.

Dalej kol. Ł. przedstawia przypadek tocznia, zajmujący jedynie błony śluzowe jamy ust i nagłośni i przypadek twardzieli nosa, zajmującej jedynie podniebienie miękie; nos i krtań są zupełnie wolne.

W dyskusyi nad przypadkami kol. Ł. zabierają głos: kol. Wehr, który jest przeciwnym wogóle stosowaniu metody Hollendera i kol. Barącz, który uważa wycięcie tocznia w utkaniu zdrowem i następowe przeszczenienie skóry sposobem Thierscha lub Krausego, jako najlepsze. W przypadkach zajęcia znacznej powierzchni metoda ta, jako nieodpowiednia, musi ustąpić przed sposobem opisanym przez kol. Ł., przeszczepienie zaś skóry sposobem Masa nie daje dobrych wyników kosmetycznych.

IV. Kol. Kučera *(streszczenie własne)*. Kończąc zbiorowe sprawozdanie o przyczynach raka, omawia kol. Kučera w zestawieniu historycznem rozmaite pasorzyty rakowe. Zaczyna od tych autorów, którzy szukali pasorzyta raka pomiędzy drobnoustrojami z rzędu bakteryj uważając rozmaite drobnoustroje, przypadkowo się w nowotworach znajdujące, za właściwe zarazki rakowe; następnie wspomina o okresie pasorzytów z rodziny kokcydyów i »rhizopodów« i o krytyce tych prac przez przeciwników teoryi pasorzytniczej, wreszcie zaś zwraca się do okresu drożdży (blastomycetów), wyznawanej przez szkołę San felicego we Włoszech.

Ostatecznym wynikiem dzisiejszego zestawienia prac o przyczynach raka jest przekonanie, iż wprawdzie znacznie zbliżyliśmy się do zrozumienia praw biologii raka, jednakże tego, zkąd wychodzi ów pierwszy pochop do bujania przybłonka, tego żadna z dzisiejszych teoryj wykazać nie może. Specyalnie co do teoryi pasorzytniczej, to za nią przemawiają tylko osobiste przekonania pojedynczych autorów.

Dr. J. Krzyszkowski, sekretarz doroczny.

VII.

† Jan Buszek

Dr. medycyny, długoletni lekarz naczelny miasta Krakowa, zakończył życie dnia 11 b. m po kilkomiesięcznej chorobie.

Ś. p. Jan Buszek przyszedł na świat w 1845 r. w Muszynie; szkoły średnie odbył w Nowym Sączu i Krakowie, a nauki lekarskie ukończył w Uniw. Jagiel., gdzie w roku 1870 otrzymał stopień doktora medycyny, w 1871 — doktora chirurgii, a w 1874 — magistra położnictwa. Jeszcze w okresie lat studenckich (1866 i 1867) poświęcał się z zamiłowaniem chemii lekarskiej i w czasie tym ogłosił w Rocznikach Towarzystwa naukowego krakowskiego „Poszukiwania, dotyczące cukru gronowego w moczu po silnem chloroformowaniu". Następnie w latach 1869 i 1870 był asystentem prywatnym ówczesnego docenta okulistyki L. Rydla. W r. 1871 pełnił obowiązki lekarza pomocniczego w oddziale chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza; tegoż roku mianowany został lekarzem miejskim w Krakowie, a w r. 1873 — lekarzem sądowym; w roku 1880 otrzymał posadę fizyka miasta Krakowa; od r. 1884 do 1890 zastępczo wykładał weterynaryę w Wydziale lekarskim Uniw. Jag. Na stanowisku fizyka miasta Krakowa, które piastował do śmierci, przetrwał lat 21.

Piecza o stan zdrowotny mieszkańców Krakowa wypełniła zmarłemu życie: cała jego działalność zawodowa obracała się koło tego punktu środkowego. Jak powiedzieliśmy, w r. 1871 zostaje lekarzem miejskim: w r. 1873, w którym grasowała w Krakowie cholera, przyjmuje ś. p. Buszek obowiązki lekarza ordynującego w czasowym szpitalu cholerycznych i za ofiarne, pełne zaparcia się pełnienie obowiązków, otrzymuje od prezydyum miasta „zaszczytne uznanie". W celu zastósowania w Krakowie nowoczesnych urządzeń sanitarnych zwiedza pierwszorzędne miasta Europy i studyuje ich organizacyę pod względem zdrowotnym; w tymsamym celu rokrocznie udaje się na zjazdy higienistów i zdaje sprawę ze swych spostrzeżeń w czasopismach zawodowych. To też nie obce były już ś. p. Buszkowi odkrycia na polu epidemiologii i doświadczenia w zakresie policyi lekarskiej, gdy przed 10-ciu laty zawleczono z Hamburga cholerę do Krakowa. Hasło „zwalczać pierwsze przypadki" wykonał z najwyższą skrupulatnością i powodzeniem: przez energiczne i rozumne zarządzenia, mianowicie przez odosobnianie podejrzanych, asanizacyę miasta, oczyszczenie nawet Kazimierza, tej stajni Augiasza, stłumił zarazę w ognisku jej wybuchu. To też mieszkańcy Krakowa zapiszą w wdzięcznem sercu imię Jana Buszka za Jego ofiarne, mężne i rozumne dwukrotne wystąpienie w walce z epidemią cholery.

We wszystkich zarządzeniach asanizacyjnych Krakowa ś. p. Jan Buszek brał czynny udział, zgodny z postępem wiedzy i dobrem miasta. Podczas jego blizko ćwierćwiekowego urzędowania Kraków uczynił wielki postęp na drodze ozdrowotnienia miasta, a widomym i chlubnym dla zmarłego świadectwem tych zbawiennych reform jest zmniejszenie się chorobliwości i śmiertelności w naszem mieście.

Zarząd miasta traci w zmarłym dzielnego i sumiennego urzędnika; towarzysze zawodu najserdeczniejszego kolegę, a społeczeństwo — człowieka dobrej woli, obowiązkowego do ostatnich granic, a przytem wielkiej wyrozumiałości i łagodności.

Cześć Jego pamięci i niespożyta wdzięczność rzetelnym zasługom.

Ś. p Jan Buszek ogłosił drukiem:

1) Uwagi nad złamaniem rzepki (1871). 2) O podziale godzin szkolnych (1876). 3) Przypadek otrucia arsenowego atramentem anilinowym (1877). 4) O pomieszkaniach stróżów domów. 5) Sprawozdanie z VI-go Wiecu Stowarzyszenia niemieckiego dla higieny publicznej (1878). 6) Wnioski podkomisyi, mającej zbadać pod względem sanitarnym okolicę klinik, szpitalów i łąki św. Sebastyana w Krakowie (1878). 7) Opium i betel (1879). 8) Otrucie lodami wanilowymi (1879). 9) Otrucie chloroformem (1879). 10) Przyczynek do statystyki śmiertelności głównie z chorób zakaźnych i ważniejsze jej przyczyny w mieście Krakowie (1880). 11) Porównanie trwania życia ludności chrześciańskiej i żydowskiej, zmarłej w Krakowie od roku 1859 do 1880 (1882). 12) Sprawozdanie z XII Wiecu Stowarzyszenia niemieckiego dla higieny publicznej (1885). 13) Lekarze w Radzie miasta Krakowa. 41) O odwietrzaniu (1890). 15) Park Dra Jordana (1890); oraz liczne sprawozdania statystyczne, dotyczące ruchu ludności, chorobliwości, śmiertelności i t. d. miasta Krakowa. *A. K.*

VIII. III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, 1901*).

Zestawił

Dr. P. Kučera.

Sekcya lekarska.

1. Prof. E. Maixner (Praga). **Rokowanie w wadach serca.**

Wyniki doświadczeń prelegenta nad wadami serca są następujące:

a) Zapalenie śródsierdzia, które wywołało już pewne zaburzenia w krążeniu, może się cofnąć do tego stopnia, iż szmery znikają, a następnie ustają i zaburzenia w krążeniu i dalej nie postępują.

b) Wady serca już rozwinięte mogą w objawach swoich takiej uledz zmianie, iż chory czuje się zupełnie zdrowym. Spostrzeżenie, że chory na wadę serca, może żyć 5—10—30 lat, lub nawet dłużej, świadczy dowodnie, że nie należy wcale chorego takiego uważać za skazanego na blizką śmierć.

Rokowanie nietyle jest zawisłem od jakości szmeru, ile od stanu mięśnia sercowego, od stopnia rozszerzenia szczególnie komory lewej, od powikłania z zapaleniem mięśnia lub osierdzia, od zajęcia i wieku chorego, od stanu, czy choroba postępuje, czy też nie, i wreszcie od czasu, po którym występuje działanie lekarstwa.

2. Prof. B. Eiselt (Praga). **Parachorea i chorea marantica.** W ostatnich 20-tu latach spostrzegał prof. Eiselt w klinice swej 350 przypadków pląsawicy, 136 (31%) u mężczyzn, 214 (69%) u kobiet; z tej liczby pięć przypadków zakończyło się śmiercią (3 mężczyzn, 2 kobiety). Przy sekcyi znaleziono 4 razy zapalenie wsierdzia brodawkowate i przekrwienie mózgu, raz zanik czerwony mózgu i móżdżku. W takich więc przypadkach pląsawica jest objawem następowym, a temsamem rozpoznanie powinno rozpoczynać się chorobą przyczynową. Większa część chorych jednak wraca do zdrowia zupełnie i w tych razach prawdopodobnie przyczyną pląsawicy będą tylko zmiany lżejszego natężenia, zmiany w krążeniu krwi, odżywieniu mózgu i rdzenia.

Mowca odróżnia następujące grupy pląsawicy:

I. Choroba występuje przeważnie u osobników młodych; początek nagły po wstrząśnieniu umysłowem; wyzdrowienie (77% ze spostrzeganych przypadków).

II. Pląsawica, jako następstwo głębszych uszkodzeń mózgu (5%), i to: *a)* uogólniona, *b)* ograniczona do jednej polowy ciała, lub do jednej kończyny.

Do *a)* zaliczyć należy pląsawicę wielką (pl. dziedziczna, dorosłych, choroba Huntingtona). Przyczynę stanowią w takich przypadkach wytwarzające się powoli i nieuleczalne zmiany w korze i istocie szarej mózgu. Jestto zwykle choroba rodzinna, która pojawia się w późniejszym wieku (30—50 lat). Zaczyna się podobnie, jak i inne postacie pląsawicy, od mimowolnych rzucawkowych ruchów ciała, które jednak wysiłkiem woli dają się jeszcze powstrzymać; sen spokojny, w oddawaniu moczu i stolca zaburzeń żadnych. Szybki ubytek sił prowadzi wkrótce do ogromnego wyniszczenia; czasem chorzy kończą samobójstwem.

Eiselt przytacza protokół sekcyjny swojego przypadku, w którym rozpoznał taką *chorea marantica*, a gdzie sekcya wykazała przewlekłe zapalenie mózgowia.

W grupie *b)* pomieszcza prelegent pląsawicę połowiczą *(hemichorea)*, której podstawą są zmiany ograniczone w *gyrus praecentralis*, ciele prążkowanem, zwykle z powodu zapalenia śródsierdzia, i dalej pląsawicę jednej kończyny (*monochorea*). Postać ta dowodzi podrażnienia pewnego miejsca w korze (nowotwór, kilak) i prze-

*) Według »Věstnika« zjazdowego.

chodzi wnet w napady połowiczo-padaczkowe i padaczkowe. Również i pląsawica przed- i poudarowa da się do tej gromady zaliczyć i taksamo wytłómaczyć. Wogóle można w takich przypadkach mówić tylko o pląsawicy objawowej.

III. Pląsawica wielka *(ch. magna)*, przebiegająca nieraz z gorączką i doprowadzająca w przeciągu tygodnia do śmierci (przyczem sen bywa niespokojny). W czterech przypadkach tego rodzaju, które autor miał sposobność spostrzegać, przyczyną śmierci było ostrawe zapalenie brodawkowate wsierdzia. Klinicysta powinien w takim przypadku rozpoznawać zapalenie wsierdzia i uważać pląsawicę za objaw następowy, spowodowany przekrwieniem mózgu (15% przyp.).

IV. Pląsawica odruchowa. Punktem wyjścia odruchu najczęściej bywa błona śluzowa kiszek, drażniona przez glisty (5% przypadków), i to najczęściej glistę ludzką (*asc. lumbricoides*), rzadko kiedy przez inne rodzaje; mniej częstą przyczyną jest zaparcie stolca. Przypadki pląsawicy u kobiet ciężarnych, z którymi spotykał się E., zawsze objawiały się jako pląsawica połowicza, powikłana z zapaleniem wsierdzia. Przy istnieniu glisty działa tu prawdopodobnie samo drażnienie mechaniczne błony śluzowej, i niewiadomo, czy nie mają tu także pewnego znaczenia i jakieś toksyny, wytworzone przez czerwie. (Opisane są przypadki pląsawicy toksycznej przy zatruciu jodoformem i rtęcią).

Znana jest dalej pląsawica odruchowa przy ząbkowaniu u dzieci, próchnieniu zębów, dalej po różnych operacyach, w zapaleniu nerwów.

V. Pląsawica w przebiegu lub w następstwie chorób zakaźnych, jak n. p. duru brzusznego, błonicy, zapalenia płuc, ropnicy, ospy, gośćca stawowego. Czy tę postać pląsawicy wywołują tesame drobnoustroje, które były przyczyną choroby głównej, (łańcuszkowiec i gronkowiec przy ostrym gośćcu stawowym) przez usadowienie się w mózgu, jest dotąd zagadką. Również wątpliwem jest do dziś znaczenie prątka pląsawicy, wykrytego przez Pianesego.

VI. Pląsawica rdzeniowa. *Parachorea*. Mowca rozumie przez tę nazwę zbiór objawów pląsawicy w kończynach dolnych, występujących po urazach kręgosłupa, lub w następstwie przemijających zmian zastoinowych w rdzeniu. E. spostrzegał sześć takich przypadków.

3. Prof. A. Gluziński (Lwów). **Kilka uwag w sprawie wczesnego rozpoznawania raka żołądka.**

4. Prof. J. Reinsberg (Praga). **Przyczynek do nauki o śmierci z utonięcia.** Od roku 1888, w którym Paltauf ogłosił swoją pracę o śmierci z utonięcia, w czeskim Zakładzie dla medycyny sądowej badane są także i drobnowidowo płuca topielców w każdym przypadku. W 95% przypadków znaleziono pod opłucną wynaczynienia płynów aspirowanych, zawierające cząsteczki roślin, porostów i okrzemki *(diatomaceae)*. Typowy objaw Caspra: balonowate wzdęcie płuc wykazano w 45%. Prelegent przywiązuje do wynaczynień podopłucnowych większe znaczenie, aniżeli do bakteryj wodnych, wyhodowanych przez Wilmansa z płuc topielców, gdyż woda po śmierci do pęcherzyków nie przenika, — chyba pod wpływem znacznego parcia, — podczas gdy bakterye wodne mogą się rozszerzyć po całych płucach nawet w tych razach, gdy człowiek dostał się do wody już nieżywy. Zapomocą doświadczeń wykazał mowca, że ciecz wciągnięta (aspirowana) przedostaje się do krwi z pęcherzyków albo wprost, albo też drogą naczyń chłonnych. U zwierząt, które topiono w wodzie, zabarwionej błękitem pruskim lub skrobią, zabarwioną jodem, znaleziono barwiki nietylko w lewej komorze serca, ale i w żyle podobojczykowej. Ilość hemoglobiny w lewej komorze serca jest mniejsza, niż w prawej, choć w prawej jest ona mniejsza, aniżeli w stanie prawidłowym.

Docent J. Honl (Praga). **Bakteryologiczne rozpoznawanie i rokowanie w gruźlicy.** Wobec niepewności innych sposobów rozpoznawczych początkującej się gruźlicy można, zdaniem prelegenta, rozpoznanie to znacznie ułatwić na drodze bakteryologicznej, a mianowicie: 1. przez wyszukanie prątków Kocha; 2. zapomocą odczynu po wstrzyknięciu tuberkuliny; 3. przez próbę aglutynacyjną według Arloinga i Courmonta. Przytem z naciskiem podnosi Honl konieczność powtarzania prób w przypadkach, gdzie wynik był ujemny.

Ad 1. Pierwszem miejscem, na którem się prątek gruźliczy w płucach usadawia, są według Birch-Hirschfelda oskrzela 2—5 stopnia, a nie końcowe rozgałęzienia. Mowca sam demonstruje przypadek podobny. Opisawszy w krótkości sposób badania plwocin (metodę sedymentacyi, trawienie zapomocą pankreatyny i t. d.), zwraca się H. do prątków gruźlicy rzekomej, przytacza następnie wyniki własnych badań nad prątkami, barwiącymi się podobnie, jak i prątki Kocha (sprawy zgorzelinowe płuc i ucha), podaje dalej własne spostrzeżenia, według których niektóre części składowe drobnoustrojów nitkowatych (*cladothrix asteroid., farcin du boeuf*), dają takisam odczyn barwikowy, jak i prątek gruźliczy, i stara się wytłómaczyć to zjawisko. Podobnie zachowuje się prątek nitkowaty, znaleziony przez autora w gruźlicy rzekomej gołębi.

Ad 2. Co do stosowania tuberkuliny w celach rozpoznawczych, sądzi Honl, iż nadaje się ona tylko dla niektórych przypadków i wcale nie jest zwolennikiem tej metody u dzieci.

Ad 3. Natomiast według ostatnich doniesień zjawisko aglutynacyi jest cennym przyczynkiem do rozpoznania ukrytych spraw gruźliczych. Sprzeczne wyniki rozmaitych autorów, tyczące tej metody, można wytłómaczyć na podstawie różnych sposobów w przyrządzaniu t. zw. jednorodnych (homogen) — hodowli. Według Behringa można się posługiwać jednostajną zawiesiną zabitych bakteryj.

Co do rokowania, to kilkorazowe badanie plwocin, wejrzenie i ilość prątków znalezionych, dalej aglutynacya, uprawniają do pewniejszych wniosków, aniżeli inne metody n. p. próba dyazowa w moczu.

6. Docent J. Hnátek (Praga). **Obrzęk śledziony pochodzenia naczyniowego.** Autor na wstępie przypomina dawniejsze swoje spostrzeżenia na zwierzętach, z których wynika, że przez podniesienie ciepłoty zwierzęcia można wywołać zwiększenie się objętości śledziony. Nowy szereg doświadczeń na psach potwierdził zapatrywanie prelegenta, iż istnieje pewien związek między błoną śluzową żołądka i śledzioną: przez podrażnienie pierwszej daje się sprowadzić obrzęk śledziony. (Ciąg dalszy nastąpi).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dn. 19 lipca.

* XI Zjazd chirurgów polskich rozpoczął się d. 15 b. m. o godzinie 8 rano. Kierownik kliniki krakowskiej prof. Kader przedstawił wszystkie ważniejsze przypadki, obecnie leczone w klinice, a jednocześnie oprowadził po Zakładzie klinicznym i objaśnił jego urządzenia. szczególnie służące do odkażania narzędzi i opatrunków. Następnie zagaił Zjazd stały przewodniczący Zjazdów chirurgów polskich, prof. Rydygier, który dał streszczony pogląd na działalność ubiegłych 10 Zjazdów, wezwał do oddania należnej czci ś. p. dr. Drobnikowi, przeprowadził organizacyę obecnego Zjazdu, a wreszcie, załatwiwszy sprawy wydawnicze i administracyjne i powitawszy przybyłych, przystąpił do wykonania naukowego programu Zjazdu, z którego w innej rubryce szczegółowo zdamy sprawę. To pierwsze posiedzenie trwało do godziny 6-tej.

Drugi dzień Zjazdu rozpoczął się zwiedzeniem nowej kliniki lekarskiej i oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza. Profesorowie: Korczyński i Trzebicky oprowadzali po swych zakładach i dawali wszelkie wyjaśnienia, dotyczące wewnętrznego urządzenia i szpitalnej higieny. Następnie zgromadzili się członkowie Zjazdu w klinice chirurgicznej i przystąpili do pracy naukowej, która trwała do wieczora.

Zjazd powiódł się liczbowo i rzeczowo pod każdym względem. Pożyteczność instytucyi Zjazdów chirurgów polskich może najwięcej stwierdza liczne przybycie prymaryuszów i kierowników szpitali prowincyonalnych; z uczuciem uzasadnionego zadowolenia mógł powiedzieć twórca Zjazdów chir. polskich, prof. Rydygier, patrząc na poczet kolegów zamiejscowych, że ziściło się jego marzenie, ażeby przez Zjazdy coroczne utrzymać zapracowanych kolegów prowincyonalnych na wysokości rozwoju techniki i teoryi chirurgicznej.

Można śmiało zaświadczyć, że niema żadnego zagadnienia w nowoczesnej chirurgii, któreby nie było na tegorocznym Zjeździe zreferowane, roztrząsane i oświetlone osobistem doświadczeniem i badaniem chirurgów naszych.

* Pogrzeb fizyka miejskiego śp. Jana Buszka odbył się w sobotę przy licznym udziale publiczności, zwłaszcza kolegów zmarłego. Przy wynoszeniu ciała z mieszkania przemówił prezes Towarz. lekar. krak. prof. Kostanecki, żegnając w imieniu Towarzystwa zmarłego kolegę i podnosząc w ciepłych słowach jego zalety koleżeńskie i zasługi obywatelskie.

* Obowiązki fizyka m. Krakowa, tak jak i podczas choroby śp. Buszka, pełni Dr. Aleksander Wilkosz.

* »Gazeta Radomska« donosi, że d. 3 b. m. odbył się w Staszowie obywatelski obchód jubileuszu 45-letniej działalności zawodowej Dra Władysława Rotha.

* Od 10 dni odbywa się przenoszenie chorych ze starego szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie do nowowybudowanego. Nowych chorych zarząd jeszcze nie przyjmuje. Poświęcenie nastąpi w jesieni.

* Omyłki druku. W Nr. 28-ym, w artykule prof. Sieradzkiego (którego korekty autorskiej nie otrzymaliśmy) zaszły następujące błędy: na str. 386, w szpalcie 2 giej, w wierszu 6-tym od góry, zamiast Fisk ma być Fisch; w wierszu 9-tym: zamiast kociem ma być koziem; w wierszu 8 od dołu zamiast Delerenne ma być Delezenne. Na str. 387, szpalta 2-ga, wiersz 11 od dołu zamiast 5.25 ma być 5—25. Na str. 398, szpalta 2-ga, wiersz 20 od góry, zamiast spływa ma być wpływa.

Mianowania i odznaczenia. Mianowani zostali: Doc. Neznamow profesorem okulistyki w Charkowie; Dr. Sigalis profesorem farmakologii w Bordeaux.

Nekrologia. Dr. Saliszew prof. chirurgii zmarł w Tomsku.

Bibliografia.

— *Prace Sekcyi gruźliczej IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich* wyszły pod redakcyą: J. Baranowskiego, Dunina, Hewelkego, Łoguckiego, Sokołowskiego i E. Zielińskiego nakładem lekarzy warszawskich, uczestników tego Zjazdu. Dzieło to stanowią rozprawy: Bądzyńskiego, Hewelkego, Sokołowskiego, Merunowicza, Karwowskiego, Kossaka, Polaka, Dobrskiego, Zarewicza i Krzyształowicza, Sterlinga (dwie), Krokiewicza, Tchórznickiego, E. Zielińskiego, Bujwida, Grabowskiego, Janiszewskiego (dwie), Dobrzyckiego, Wrońskiego, Dłuskiego i Jaruntowskiego. W pracach tych systematycznie objęto tak zasadnicze sprawy, jak etyologia, statystyka, profilaktyka i leczenie gruźlicy.

— Dr. I. H. Spiegelberg: **Die Krankheiten des Mundes und der Zähne im Kindesalter.** (*Würzburger Abhandlungen aus dem Gesammtgebiet der prakt. Medizin.* Nakład A. Stubera 1901). Krótko i treściwie przedstawiony jest wynik badań z lat ostatnich w zakresie omawianej sprawy oraz praktyczne zastósowanie tych badań, przyczem autor ściśle trzymał się zakreślonego tematu, omawiając tylko choroby jamy ust i zębów. Niestety ten ostatni dział nieco po macoszemu traktował, a nie wyzbył się w zupełności zastarzałych zapatrywań o chorobach, wynikających z ząbkowania. Jakkolwiek karci tych, którzy nadużywają ząbkowania, jako przyczyny najrozmaitszych chorób, to przecież przyznaje, że przy przekłówaniu się zębów występuje napięcie, obrzmienie i zaczerwienienie dząseł, wzmożone ślinienie i podwyższona ciepłota. Zdaniem autora, połykana ślina może powodować rozwolnienie i wymioty, zapalenie nieżytowe jamy ustnej i gardła, dalej przyczynić się może do nieżytów trąbki, ucha środkowego i górnych dróg oddechowych. Równie pewnem jest, że odruchowo pojawić się mogą drgawki, tzw. z ząbkowania Po tem wszystkiem ostrzega autor, by zbyt wiele nie kłaść na karb ząbkowania. Sprzeczność więc rażąca, gdyż przytoczonem wyżej wyliczaniem autor stanął zdaje się mimowoli po stronie zwolenników chorób z ząbkowania. Zresztą rozprawka jest cennym nabytkiem dla lekarza praktycznego, nie mogącego poświęcić dużo czasu na studyowanie dzieł obszernych

Jan Landau.

— *Czasopismo Lekarskie* Nr. 7: Bańkowski: Przypadek ostrej niedrożności kiszek, wyleczony zapomocą wysokiej dawki atropiny. Offenberg: Przypadek septicopyaemiae medicalis. Grodecki: Kilka uwag w sprawie walki z syfilisem na prowincyi.

— *Gazeta Lekarska* Nr. 28: Barszczewski: Czego wymaga klinika od radyoskopii i radyografii. Zalewski: O leczeniu polipów usznych. Neugebauer: Thrombosis vaginae et vulvae (dok.).

— *Medycyna* Nr. 28: Krause: Przyczynek do kazuistyki rzadkich przypadków przepuklin jelita grubego. Rubin: Przyczynek do zachowywania się czynności żołądka w moczówce cukrowej (dok.).

— *Krytyka Lekarska* Nr. 7: A. L.: Znużenie i wypoczynek według Verworna. Jaworski: O przesądach i zwyczajach ludu naszego, dotyczących pomocy dla rodzących, oraz opieki nad noworodkiem (dok.).

— *Postęp okulistyczny (czerwiec).* Rymowicz: Symbioza drobnoustrojów w zakażeniu worka spojówkowego. Talko: Arteria hyaloidea persistens. Bednarski: Miażdżyca naczyniówki (dok.).

— *Odczyty kliniczne* Nr. 146 i 147. Notthafft i Kollmann: Profilaktyka w chorobach dróg moczowych i narządów płciowych (u mężczyzn). Przełożyli z niemieckiego: Bernhard i Sterling.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 6: Judt: Złamanie zęba samoistne. Łepkowski i Wachholz: O zębach pod względem sądowolekarskim (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 28: Maydl: O nádorech žaludečních. Zahradnický: O výsledcich Vulpiusovy operace transplantaci šlach při obrnách končetinových a diformitách z nich resultojicích.

— *La Presse médicale* Nr. 54: Troussard: Badania kliniczne i lecznicze nawykowego zaparcia stolca. Longuet: Odkażanie rąk w chirurgii historycznej.

— *Nr. 55:* Roger et Veill: Nowe badania doświadczalne ospy. Luys: Leczenie zranień zatok opony twardej.

— *La Semaine médicale* Nr. 28: Jaquet: Wpływ klimatu górskiego na wymianę oddechową.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 28: Jellinek: Rażenie od pioruna i wysokie napięcie elektryczne. Infeld: Przyczynek do wiedzy o pozostających następstwach napadów połowiczego bólu głowy. Stich: Wiadomości terapeutyczne.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 28: Lenhartz: O posoczniczem zapaleniu wsierdzia Neumann: O zaoszczędzającej białko sile alkoholów. Nowe badania przemiany materyi u człowieka. Behrend: O gośćcowych osutkach wewnętrznych i zewnętrznych. Moeler: Czy »sana« (mięszanina tłuszczu wołowego i mleka migdałowego) jest wolna od prątków gruźliczych i czy nadaje się do zastąpienia masła? Hammersfahr: Uproszczenie i uczynienie tanim przyrządu do wyjaławiania, oraz przystosowanie go do małych szpitali. Breitung: Przyczynek do techniki usuwania ości rybich z gardła. Stich: Ciepłomierz maksymalny dla wyjaławiania opatrunków. Krause: 27 przypadków wycięcia wewnątrzczaszkowego nerwu trójdzielnego i wyniki tego zabiegu (dok.).

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 28: Wolff: Demonstracya preparatów ze zwierząt gruźliczych, leczonych hetolem i izagolem. Schrötter: Przyczynek do etyologii głęboko usadowionych zwężeń tchawicy. Sandor: O przemijających zboczeniach umysłowych na tle histerycznem. Waldeyer: Topografia mózgu (c. d.). Munter: Sposób leczniczego zużytkowania ciepła doprowadzonego i zatrzymanego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 28: Fränkel i Sobernheim: Leczenie gruźlicy mięsem surowem. Koeppe: Kryoskopia moczu. Gutzmann: Leczenie afazyi. Sturmann: Podwójny kształt muszli dolnej. Rose: O napadowem kołataniu serca.

Nowe książki. Haushalter, Etienne, Spillmann i Thiry: Cliniques médicales iconographiques. Dzieło składa się z 8 zeszytów; jeden zeszyt wychodzi co miesiąc; 398 rysunków. Cena 50 franków. (Paryż, wydawca C. Naud).

Redakcya otrzymała: Sadowski: Przyczynek do kazuistyki pierwotnego raka oskrzeli Gaszyński: O zasadach, warunkach i wskazaniach do wykonania cięcia łonowego z przytoczeniem własnego przypadku. Landau: Erfahrungen über Puro in der Kinderpraxis. Spira: Ueber Erschütterung des Ohrlabiryntbes *(commotio labyrinthi)*. Janiszewski: Zakopane, jako stacya klimatyczna.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**